

**ДОГОВІР
ДОБРОВОЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ
ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ЗА КОРДОНОМ
(Частина 2)**

м. Полтава Оферта №КД/02/ВЗР 26.08.2022 р.

**РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ
ЗА КОРДОНОМ**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

1.1. ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «САЛАМАНДРА» (далі – **Страховик**) укладає договори добровільного комплексного страхування осіб, що подорожують за кордоном (далі – Договір страхування, Договір) з юридичними особами або дієздатними фізичними особами – резидентами або нерезидентами України (далі – **Страховальниками**).

1.2. Договір страхування укладається відповідно до Закону України «Про страхування», на підставі Правил добровільного страхування медичних витрат (ліцензія згідно з розпорядженням Нацкомфінпослуг №1591 від 07.07.2016 безстрокова), Правил добровільного страхування від нещасних випадків (ліцензія згідно з розпорядженням Нацкомфінпослуг №555 від 15.03.2016 безстрокова), та Правил добровільного страхування фінансових ризиків (ліцензія згідно з розпорядженням Нацкомфінпослуг №555 від 15.03.2016 безстрокова), Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу) (ліцензія згідно з розпорядженням Нацкомфінпослуг №555 від 15.03.2016 безстрокова).

1.3. **Застрахованою особою** є фізична особа у віці до 80 років (станом на дату початку подорожі), що проживає в Україні та/або починає подорож з її території, щодо страхування витрат та/або відповідальності якої під час здійснення подорожі за кордон укладено цей Договір страхування.

Страховальник-фізична особа, який є особою, що подорожує за кордоном, та уклав із Страховиком Договір страхування на власну користь, є **одночасно Застрахованою особою** за цим Договором страхування.

Якщо Договір укладено юридичною або фізичною особою щодо іншої особи (осіб) – Застрахованої особи (Застрахованих осіб), їх перелік та інформація щодо них зазначаються в Частині 1 Договору (або в додатку до Договору – Переліку Застрахованих осіб).

1.4. **Терміни**, що використовуються в цьому Договорі страхування, мають такі значення:

Асистуюча компанія (далі – **Асистанс**) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страховальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страховальнику (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування та Програмою страхування, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

Назва та телефони Асистансу: NOVA ASSISTANCE

Багатоканальні телефони туристичних держав:

(вартість дзвінків - згідно з місцевими тарифами на зв'язок)

Україна +380 443745026

Турція + 902426060252

Турція + 902129880276

Турція + 902429880235

Єгипет Шарм Ель Шейх + 20693666856

Єгипет Шарм Ель Шейх + 20693666857

Єгипет Шарм Ель Шейх + 20693666858

Telegram / WhatsApp Шарм Ель Шейх +201015968778*

Єгипет Хургада + 20 653547642

Telegram / WhatsApp Хургада +20 101 426 49 34*

Греція + 302111983973

Іспанія + 34931731427

Росія +74951210675

Румунія +40312294628

Тайланд +66 600035168

Болгарія +35956918004

Латвія +37164415233

США +1 202 7889718

Інші країни світу +373 22 994 955

Telegram / WhatsApp +373 79 005 222*

**CONTRACT
OF VOLUNTARY COMPREHENSIVE INSURANCE
OF PERSONS TRAVELING ABROAD
(Part 2)**

Poltava Offer No. KD/02/B3P Date 26.08.2022

**SECTION I. GENERAL TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE FOR
PERSONS TRAVELING ABROAD**

1. GENERAL PROVISIONS. BASIC TERMS AND DEFINITIONS

1.1. PRIVATE JOINT-STOCK COMPANY “SALAMANDRA” INSURANCE COMPANY” (hereinafter referred to as the **Insurer**) concludes contracts of voluntary comprehensive insurance of persons traveling abroad (hereinafter referred to as the Insurance Contract, the Contract) with legal entities or capable individuals – residents or non-residents of Ukraine (hereinafter referred to as the **Policy Holders**).

1.2. The Insurance Contract is concluded in accordance with the Law of Ukraine “On Insurance”, on the basis of the Procedure for voluntary insurance of medical expenses (license according to the order of the National Commission for Financial Services No. 1591 dated July 07, 2016 – unlimited), the Procedure for voluntary insurance against accidents (license according to the order of the National Commission for Financial Services No. 555 dated March 15, 2016 – unlimited), and the Procedure for voluntary insurance of financial risks (license according to the order of the National Commission for Financial Services No. 555 dated March 15, 2016 – unlimited), the rules for voluntary insurance of cargo and luggage (cargo luggage) (license according to the order of the National Financial Services Commission No. 555 dated March 15, 2016 – unlimited).

1.3. The **Insured Person** is a physical person under the age of 80 years (as of the beginning date the trip), residing in Ukraine and/or starting a trip from its territory, for the insurance of expenses and/or liability of which this Insurance Contract has been concluded when traveling abroad.

The **Policy Holder Physical Person**, is a person who travels abroad, and has entered into an Insurance Contract with the Insurer in its favor, **at the same time** is the **Insured Person** under this Insurance Contract.

If the Contract is concluded by a legal or physical person in relation to another person (persons) - the Insured Person (Insured Persons), their list and information about them shall be indicated in Part 1 of the Contract (or in the Appendix to the Contract - the List of Insured Persons).

1.4. The terms used in the insurance terms and conditions shall have the following meanings:

Assistance Company (hereinafter referred to as the **Assistance**) is a legal entity acting on behalf of and as designated by the Insurer and coordinates the actions of the Policyholder (Insured Person) and persons providing services to the Policyholder (Insured Person) in case of certain events (insurance risks) stipulated by the Insurance Contract and the Insurance Program, organizes, controls, pays for the provision of such services and performs other actions on behalf of and as designated by the Insurer.

Name and phone numbers of the Assistance: NOVA ASSISTANCE

Multichannel telephones of tourist countries:

(Call charges – in accordance with local communication tariffs)

Ukraine +380 443745026

Turkey + 902426060252

Turkey + 902129880276

Turkey + 902429880235

Egypt Sharm El Sheikh + 20693666856

Egypt Sharm El Sheikh + 20693666857

Egypt Sharm El Sheikh + 20693666858

Telegram / WhatsApp Sharm El Sheikh +201015968778*

Egypt Hurghada + 20 653547642

Telegram / WhatsApp Egypt Hurghada +20 101 426 49 34*

Greece + 302111983973

Spain + 34931731427

Russia +74951210675

Romania +40312294628

Thailand +66 600035168

Bulgaria +35956918004

Latvia +37164415233

USA +1 202 7889718

Rest of the world +373 22 994 955

International Telegram / WhatsApp +373 79 005 222*

* Telegram / WhatsApp – are used only for text messages and sending files.

* Telegram / WhatsApp – використовуються лише для текстових повідомлень та надсилання файлів. Реєстрація страхових випадків на основі дзвінків у Telegram/WhatsApp не здійснюватиметься.

Електронна адреса : office@novasist.net

Багаж (багаж подорожюючого) – речі, предмети, які Застрахована особа перевозить з собою, здає під відповідальність перевізника для зберігання у відповідних закладах та/або залишає у місцях проживання під час подорожі.

Гостре захворювання – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами, у разі ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я, або загрожувати життю Застрахованої особи та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання.

Гострий біль – така реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Депортація – примусове видворення Застрахованої особи за межі території країни тимчасового перебування до країни постійного проживання.

Договір про надання туристичних послуг (туристичний продукт, туристична путівка, ваучер тощо) – письмовий договір (угода), за яким одна сторона (суб'єкт туристичної діяльності) за встановлену договором плату зобов'язується забезпечити надання на замовлення іншої сторони (туриста) комплексу туристичних послуг (послуги перевезення, послуги розміщення та інші туристичні послуги, не пов'язані з організацією відвідувань об'єктів культури, відпочинку та розваг, реалізації сувенірної продукції тощо).

Загострення хронічного захворювання (хвороби) – період перебігу хронічної хвороби, що потребує медикаментозного та іншого лікування до зняття гострого стану або стабілізації стану Застрахованої особи (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи, або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання.

Країна (місце) постійного проживання – країна (місце), в якій (якому) Страхувальник (Застрахована особа) проживає у цілому не менше 183 днів у календарному році.

Країна (місце) тимчасового перебування – країна (місце), на території якої Застрахована особа знаходиться під час подорожі та на якій діє страховий захист за Договором страхування.

Ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика – граничний розмір страхової виплати (страхового відшкодування) в межах страхової суми, який може встановлюватись при укладанні Договору по окремому страховому ризику, на один страховий випадок та / або по окремих видах страхових послуг, в межах якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку.

Медичні послуги (медична допомога) – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та інші послуги, які направлені на встановлення діагнозу, усунення чи зменшення симптомів і проявів захворювання чи патологічного стану, з приводу якого звернулася застрахована особа.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна та непередбачена подія, що фактично відбулась та внаслідок якої настав розлад здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) або його (її) смерть. До таких подій належать: опік; обмороження; втоплення; дія електричного струму; удар блискавки; сонячний удар; напад зловмисників або тварин; падіння якого-небудь предмету або самого Страхувальника (Застрахованої особи); випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла; травми, які отримані під час руху транспортних засобів (автомобіля, потягу, трамвая, і ін.) або під час катастроф; травми, отримані при використанні машин, механізмів, зброї, і усякого роду інструментів, травматичне пошкодження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції

No registration of Insurance Events will be made based on Telegram / WhatsApp calls.

Email: office@novasist.net

Luggage (traveler's luggage) – are things, items that the Insured person carries with, hands over under the responsibility of the carrier for storage in appropriate establishments and/or leaves at places of residence during the trip.

Acute illness – is a sudden, unforeseen disruption of the life function of the body, which has led to a deterioration in health of Insured Person, due to functional and/or morphological changes, in case of failure to provide medical care, can lead for a long-term health disorder or threaten to the life of the Insured Person and requires immediate medical attention, which cannot be postponed until the moment when the Insured Person returns to the country of permanent residence.

Acute pain – is a reaction of the nervous system to an external or internal stimulus, which can lead to the development of painful shock and pose a threat to the life of the Insured Person in the absence of emergency medical care.

Deportation – is a forced expulsion of the Insured Person from the territory of the country of temporary residence to the country of permanent residence.

Tourist services provision agreement (tourist product, tourist voucher, a voucher, etc.) – is a written agreement (treaty), according to which one party (a subject of tourist activity) undertakes to ensure provision of travel services (transportation services, accommodation services and other travel services not related to the organization of visits to cultural facilities, recreation and entertainment, sale of souvenirs, etc.) upon request of the other party (tourist).

Exacerbation of a chronic illness (disease) – is the period of the course of a chronic illness requiring medication and other treatment until the acute condition is removed or the condition of the Insured Person stabilizes (determined by the physician), which, if medical care is not provided, can lead to a long-term health disorder of the Insured Person, or threaten his/her life and requires immediate medical attention, which cannot be postponed until the moment when the Insured Person returns to the country of permanent residence.

Country (place) of permanent residence – is the country (place) which the Policy Holder (Insured Person) resides in at least 183 days during the calendar year in total.

Country (place) of temporary stay – is the country (place) in the territory of which the Insured Person stays during the trip and where the insurance coverage under the Insurance Contract is valid.

Liability (obligations) limit of the Insurer - is the maximum amount of insurance payment (insurance indemnity) within the insurance amount, which, can be established when concluding the Contract for a separate insured risk, for one insurance event and/or for certain types of insurance services, within which the Insurer is obliged to make an insurance payment (payment of insurance indemnity) upon the occurrence of the insurance event.

Medical Services (Medical Care) – is the specialist consultations, diagnostic, medical and other services aimed at establishing a diagnosis, eliminating or reducing symptoms and signs of disease or pathological condition which the insured person applied for.

Accident – is a sudden, accidental, short-term and unforeseen event that actually took place and as a result of which a health disorder of the Policy Holder (Insured person) or his/her death occurred. Such events include: burn; frostbite; drowning; action of an electric current; lightning strike; sunstroke; attack by intruders or animals; falling of any object or the Policyholder (Insured Person) him/herself; accidental ingestion of a foreign body in the respiratory tract, injuries sustained during the movement of vehicles (car, train, tram, etc.) or during a disaster; injuries sustained when using machines, mechanisms, weapons and all kinds of tools, traumatic injury; accidental acute poisoning with poisonous plants, chemicals (industrial or household), poor quality food, except for food toxicoinfection (salmonellosis, dysentery), drugs; diseases of tick-borne encephalitis (encephalomyelitis) or poliomyelitis; rupture (injury) of organs or their removal due to incorrect medical manipulations.

(сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом) або поліомієлітом; розриви (поранення) органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій.

Випадки, що підпадають під виключення зі страхових випадків, не покриваються за цим Договором.

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію.

Опція страхування – конкретна послуга або група послуг певного обсягу, що передбачена Програмою страхування згідно з цим Договором; терміном “опція” в цьому Договорі також позначається обрання Страхувальником окремих видів страхування в Частині 1 Договору (Полісі).

Одержувач страхової виплати (страхового відшкодування) – особа, яка одержує страхову виплату (страхове відшкодування) згідно з умовами Договору страхування.

Подорож – поїздка Застрахованої особи територією (акваторією), зазначеною в Договорі страхування, з будь-якою метою, що не суперечить чинному законодавству України та країни перебування (туризм, праця, відпочинок, спортивні змагання, відвідування родичів тощо).

Програма страхування – перелік медичних та інших додаткових послуг, надання яких або відшкодування вартості яких передбачені Договором страхування. Програма страхування складається з окремих опцій страхування, їх деталізації та інших умов страхування, визначених цим Договором.

Рейсовий політ – політ, зареєстрований в офіційному переліку рейсів та (або) в міжнародному довіднику авіарейсів (ABC World Airways Guide), за умови що перевізник має ліцензію, сертифікат або інший дозвіл на здійснення рейсових перевезень, видані відповідними компетентними органами країни, на території якої зареєстрований цей перевізник (літак), і за умови, що перевізник відповідно до даного дозволу утримує у технічно справному стані літак і регулярно публікує розклад і тарифи на перевезення пасажирів.

Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму, що потребує невідкладної медичної допомоги.

Раптовий розлад здоров'я – гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що загрожує життю та вимагає надання невідкладної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання або смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки).

Страховий ризик (страхова подія) – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Суб'єкти туристичної діяльності – юридичні та фізичні особи, в тому числі фізичні особи – підприємці, які створюють туристичний продукт, надають туристичні послуги (перевезення, тимчасового розміщення, харчування, екскурсійного, курортного, спортивного, розважального та іншого обслуговування) чи здійснюють посередницьку діяльність із надання характерних та супутніх послуг на підставі відповідних дозвільних документів.

Транспортний засіб Застрахованої особи – автотранспортний засіб, який належить Застрахованій особі на правах власності або на інших законних підставах (договір оренди, лізингу, доручення тощо) та який зареєстровано в країні постійного проживання Застрахованої особи (якою за цим Договором є виключно Україна).

Франшиза (безумовна) – частина збитків, яку Страховик не відшкодовує відповідно до умов Договору страхування. Безумовна франшиза вираховується при розрахунку розміру страхової виплати (страхового відшкодування) при кожному та будь-якому страховому випадку згідно з умовами Договору страхування та Програми страхування.

Тимчасова франшиза – це франшиза, яка діє в певний проміжок часу визначений Договором страхування, протягом якого Страховик звільняється від відповідальності за Договором страхування.

Cases falling under the exclusion from insurance events not covered under this Contract.

One-time identifier – is an alphanumeric sequence, it is received by the person who accepted the request (offer) to conclude an electronic contract by registering in the information and telecommunication system of the e-commerce subject providing such an offer.

Insurance Option – is a specific service or a group of services of a certain volume provided for by the Insurance Program under this Contract; the "option" term in this Contract also affects the selection by the Policy Holder of certain types of insurance in Part 1 of the Contract (Policy).

Recipient of the insurance benefit (insurance indemnity) – is a person who receives an insurance benefit (insurance indemnity) in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract.

Travel – is a trip of the Insured Person across the territory (water area) specified in the Insurance Contract for any purpose that does not contradict the current legislation of Ukraine and the host country (tourism, work, recreation, sports competitions, visiting relatives, etc.).

Insurance Program – is a list of medical and other additional services, the provision of which or reimbursement of the cost of which is stipulated by the Insurance Contract. The Insurance Program consists of individual insurance options, their details and other insurance conditions specified in this Contract.

Regular flight – is a flight registered in the list of flights and(or) in the international flight guide (ABC World Airways Guide), if only the carrier has a license, certificate or other permission to carry out regular flights, issued by the relevant competent authorities of the country which this carrier (airplane) is in, and provided that the carrier, in accordance with this authorization, keeps the airplane in good technical condition and publishes the schedule and tariffs for the carriage of passengers on a regular basis.

Health disorder – is a state of physical distress associated with functional and organic damage to organs and body systems, which requires urgent medical care.

Sudden health disorder – is an acute illness, exacerbation of a chronic illness, health disorder of the Insured Person as a result of an accident threatening life and requires emergency medical care, which cannot be postponed until the moment when the Insured Person returns to the country of permanent residence or the death of the Insured Person due to illness or an accident that occurred during the travel (trip) of the Insured Person.

Insurance risk (insurance event) – is a certain event for which insurance is carried out and which has signs of probability and chance of occurrence.

Tourism activities entities – are legal entities and individuals, including individual entrepreneurs making a tourism product, provide travel services (transportation, temporary accommodation, meals, excursion, resort, sports, entertainment and other services) or carry out intermediary activities to provide typical and related services on the basis of the relevant permits.

Vehicle of the Insured Person – is a vehicle that owned by the Insured Person on the basis of ownership rights or on other legal grounds (lease, leasing, order, etc.) and registered in the country of permanent residence of the Insured Person (which, under this Contract, is Ukraine exclusively).

Deductible amount (unconditional) – is a part of the damage that is not reimbursed in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract. Unconditional deductible amount is deducted when calculating the amount of insurance benefit (insurance indemnity) for each and any insurance event in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract and the Insurance Program.

Temporary deductible amount – is a deductible amount that is valid for a certain period of time determined by the Insurance Contract, during which the Insurer is released from liability under the Insurance Contract.

Члени сім'ї Страхувальника (Застрахованої особи) – його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі - всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки/чоловіка), рідна сестра чи брат.

1.5. За цим Договором страхування Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) на умовах та в обсязі, передбачених Договором страхування та Програмою страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у строки та у розмірах, зазначених у Договорі страхування, і виконувати інші умови Договору страхування.

1.6. Договір страхування складається з двох частин, кожна з яких є його невід'ємною частиною:

1.6.1. Частина 1 – Акцепт (Страховий поліс), що оформлюється під час укладення Договору страхування щодо конкретної Страхувальника/Застрахованої особи (далі – Частина 1 Договору страхування, Страховий поліс, Акцепт);

1.6.2. Частина 2 – Оферта, що містить умови добровільного комплексного страхування осіб, що подорожують за кордоном (далі – Умови страхування, Оферта).

1.7. Цей Договір (Оферта) складається з:

1.7.1. Розділу I. Загальні умови страхування осіб, що подорожують за кордоном;

1.7.2. Розділу II. Умови добровільного страхування медичних та додаткових витрат осіб, що подорожують за кордоном (далі – **страхування медичних витрат**);

1.7.3. Розділу III. Умови добровільного страхування від нещасних випадків осіб, що подорожують за кордоном (далі – **страхування від нещасних випадків**);

1.7.4. Розділу IV. Умови добровільного страхування фінансових ризиків, (далі – **страхування фінансових ризиків**);

1.7.5. Розділу V. Умови добровільного страхування багажу осіб, що подорожують за кордоном (далі – **страхування багажу**);

1.7.6. Розділу VI. Опції страхування та Програми страхування осіб, що подорожують за кордоном;

1.7.7. Розділу VII. Інші умови.

1.8. За цим Договором страховий захист Страхувальнику (Застрахованій особі) може надаватись за наступними видами добровільного страхування (якщо у Частині 1 Договору страхування обрані відповідні опції страхування та Програма страхування):

- добровільного страхування медичних витрат,
- добровільного страхування від нещасних випадків,
- добровільного страхування фінансових ризиків,
- добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу).

При цьому, страхування від нещасних випадків та/або фінансових ризиків, і, затримки та/або відміни авіарейсу, та/або страхування фінансових ризиків та/або страхування багажу може здійснюватися лише при одночасному страхуванні медичних витрат.

1.9. Сторони погодились, що за цим Договором **Вигодонабувачем**, у разі смерті Застрахованої особи, є її спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором, якщо Договором не передбачений інший отримувач страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

2. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

2.1. Страхова сума – це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату (здійснити виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку.

2.2. Розміри страхових сум та лімітів визначаються згідно з пунктами 33.2.. Частини 2 Договору та вказуються в Частині 1 Договору.

2.3. В межах встановленої страхової суми, Програмою страхування можуть бути передбачені ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика щодо здійснення страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися протягом строку та на території дії Договору страхування, для окремої опції страхування.

Страхові суми та ліміти відповідальності, зазначені в Частині 1 Договору та Програмах страхування в іноземній валюті, визначаються (конвертуються) в іноземній валюті відповідної держави (країни) перебування Застрахованої особи на дату надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами цього Договору – згідно з офіційним курсом держави, на території якої такі послуги були надані.

2.4. Розмір страхової суми (лімітів відповідальності Страховика) визначається в межах максимальних розмірів страхових сум,

Family members of the Policy Holder (Insured Person) – are his(her) wife(husband), children (including adopted), his(her) mother, father (mother, father of his (her) spouse), sister or brother.

1.5. Under this Insurance Contract, the Insurer undertakes to make an insurance payment (payment of insurance indemnity) upon the occurrence of the insurance event under the terms and conditions and in the amount stipulated by the Insurance Contract and the Insurance Program, and the Policy Holder undertakes to pay insurance premiums within the terms and in the amount specified in the Insurance Contract and other conditions of the Insurance Contract.

1.6. The Insurance Contract consists of two parts, each of which is its integral part:

1.6.1. Part 1 – Acceptance (Insurance Policy), which is drawn up upon conclusion of the Insurance Contract for a specific Policy Holder/Insured Person (hereinafter referred to as the Part 1 of the Insurance Contract, Insurance policy, Acceptance)

1.6.2. Part 2 – Offer, containing the terms and conditions of voluntary comprehensive insurance of persons traveling abroad (hereinafter referred to as the Insurance Terms and Conditions, Offers).

1.7. The Offer consist of:

1.7.1. Section I. General Terms and Conditions for insurance of persons traveling abroad;

1.7.2. Section II. Terms and conditions for voluntary insurance of medical and additional expenses of persons traveling abroad (hereinafter referred to as the **Insurance of Medical Expenses**);

1.7.3. Section III. Terms and conditions of voluntary insurance against accidents of persons traveling abroad (hereinafter referred to as the **Insurance against Accidents**);

1.7.4. Section IV. Terms and conditions of voluntary insurance of financial risks (hereinafter referred to as the **Insurance of Financial Risks**);

1.7.5. Section V. Terms and conditions of voluntary luggage insurance for persons traveling abroad (hereinafter referred to as the **Luggage Insurance**)

1.7.6. Section VI. Insurance Options and Insurance Programs for persons traveling abroad;

1.7.7. Section VII. Miscellaneous

1.8. Under this Contract, insurance protection may be provided to the Policy Holder (Insured Person) for the following types of voluntary insurance (if the relevant Insurance Options and the Insurance Program are selected in Part 1 of the Insurance Contract):

- voluntary insurance of medical expenses,
- voluntary insurance against accidents,
- voluntary insurance of financial risks,
- voluntary insurance of cargo and luggage (cargo luggage).

Herewith, the insurance against accidents and/or financial risks, delay and/or cancellation of a flight and/or insurance of financial risk and/or luggage insurance can only be carried out with simultaneous insurance of medical expenses.

1.9. The Parties have agreed that **Beneficiary** under this Contract, in case of death of the Insured Person, is his/her heirs by law, will or inheritance agreement, unless the Contract provides for another Beneficiary of insurance payment (insurance indemnity payment).

2. INSURANCE COVERAGE. DEDUCTIBLE AMOUNT

2.1. The Insurance Amount is the amount of money within which the Insurer, in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract, is obliged to make a payment (pay the insurance indemnity) in case of insurance event.

2.2. Amounts of insurance indemnity and limits are determined in accordance with paragraphs 33.2. Part 2 of the Contract and are specified in Part 1 of the Contract.

2.3. Within the established insurance coverage, the Insurance Program may provide for separate limits of liability (obligations) of the Insurer for insurance payments for all insurance events that occurred during the term and in the territory of the Insurance Contract, for a separate insurance option.

Insurance coverage and the limits of liability specified in Part 1 of the Contract and Insurance Programs in foreign currency are determined (converted) in the foreign currency of the respective state (country) of stay of the Insured Person on the date of the provision of services to the Insured Person under the terms and conditions of this Contract according to the official rate of the state for territory of which such services were provided.

2.4. The amount of the insurance coverage (limits of the Insurer's liability) is determined within the maximum amount of the insurance coverage

визначених п. 33.2. Частини 2 цього Договору страхування і зазначається в частині 1 Договору страхування.

2.5. Страхові суми та страхові платежі, якщо Договір страхування укладений за всіма або декількома обраними видами страхування (страховими ризиками), що зазначені в частині 1 Договору страхування, є страховими сумами та страховими платежами для однієї застрахованої особи.

Загальний страховий платіж за Договором страхування визначається шляхом складання страхових платежів, розрахованих для кожної застрахованої особи, за окремими видами страхування, та зазначається в частині 1 Договору.

2.6. Страховик несе відповідальність за ризиками, визначеними у Договорі страхування, у межах відповідної страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, зазначених в Договорі та Програмі страхування.

2.7. Загальна сума страхових виплат (виплат страхового відшкодування) за один або декілька страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору страхування (дії страхового захисту за Договором страхування), не може перевищувати страхової суми та/або лімітів відповідальності Страховика, встановлених в Договорі та Програмі страхування.

2.8. У разі укладення Договору страхування за варіантом „Багаторазові подорожі”, що передбачає здійснення декількох подорожей, у разі настання страхового випадку та здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхового відшкодування, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) зменшується на розмір здійсненої виплати з дати настання такого страхового випадку.

2.9. Договором страхування може бути передбачена франшиза (безумовна) або тимчасова франшиза, розмір якої зазначається в частині 1 Договору страхування.

3. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Строк дії Договору страхування, а також територія його дії (територія страхування) (крім страхування на випадок неможливості здійснити подорож) визначаються за згодою Сторін та зазначаються, із врахуванням положень, вказаних в п. 3.3. цієї Оферти, в частині 1 Договору страхування відповідно:

3.1.1. Зона 1 – країни Європи та країни Шенгенської зони;

3.1.2. Зона 2 – Весь світ;

3.1.3. Зона 3 – країна за вибором (вказана в частині 1 Договору (Страховому Полісі).

3.2. Особливості при страхуванні фінансових ризиків (крім страхового випадку переривання подорожі):

- на випадок неможливості здійснити подорож місцем дії Договору страхування є Україна.
- На випадок затримки та/або відмінни авіарейсу - місцем дії Договору страхування є територія визначена в частині 1 Договору та Україна.

3.3. Договір страхування не діє та з території дії Договору (території страхування) в будь-якому разі виключаються території:

- країни постійного проживання застрахованої особи (крім страхування на випадок неможливості здійснити подорож, затримки та/або відмінни авіарейсу за умови що країною постійного проживання є Україна), а також території країни, до громадянства якої належить застрахована особа;
- держави (території держав), в межах яких проводяться військові дії або проводяться військові антитерористичні операції;
- держави, по відношенню до яких застосовані економічні та/або військові санкції ООН;
- держави (території держав), в межах яких знайдені та визнані джерела епідемій;
- держави (території держав), при відвідуванні яких з очевидною вірогідністю може бути заподіяно шкоду життю та здоров'ю людей.

3.3.1. Якщо випадок настав на території країн та територій, що не підпадають під дію цього Договору згідно з п. 3.3. умов страхування, такий випадок не є страховим та Страховик не здійснює страхову виплати (виплату страхового відшкодування).

3.4. Договір страхування може бути укладений за такими варіантами:

3.4.1. «Одноразова подорож» – для осіб, яким потрібно здійснити одну подорож;

determined by cl. 33.2. Part 2 of this Insurance Contract and is specified in Part 1 of the Insurance Contract.

2.5. The insurance coverage and Insurance Premiums, if the Insurance Contract is concluded for all or several selected types of insurance (insurance risks) specified in Part 1 of the Insurance Contract, are the insurance coverage and Insurance Premiums for one Insured Person.

Total insurance premium under the Insurance Contract is determined by drawing up an insurance payments calculated for each Insured Person for individual type of insurance, and is indicated in Part 1 of the Contract.

2.6. The Insurer shall be liable for the risks specified in the Insurance Contract within the limits of relevant insurance coverage and the limits of the Insurer's liability specified in the Contract and in the Insurance Program.

2.7. Total amount of insurance indemnity (insurance indemnity payments) for one or several insurance events that occurred during the term of the Insurance Contract (period of validity of insurance coverage under the Insurance Contract) cannot exceed the insurance coverage and/or the limits of the Insurer's liability stipulated in the Contract and the Insurance Program.

2.8. In case of conclusion of the Insurance Contract under the “Multiple trips” option, which provides for the implementation of several trips, in case of insurance event and the insurance payment (payment of insurance indemnity), the scope of the Insurer's liability (maximum amount of insurance indemnity, which at the time of concluding the Contract is equal to the corresponding insurance coverage) is reduced by the amount of payment made from the date of occurrence of such insurance event.

2.9. The Insurance Contract may provide for a deductible amount (unconditional) or temporary deductible amount, the amount of which is specified in Part 1 of the Insurance Contract.

3. PERIOD OF THE INSURANCE CONTRACT. PLACE OF THE INSURANCE CONTRACT

3.1. The period of the Insurance Contract, as well as the territory of its validity (the territory of insurance) (except for insurance in case of impossibility to make a trip) are determined by agreement between the parties and are indicated taking into account the provisions specified in cl. 3.3 of the Offer, in a Part 1 of the Insurance Contract, accordingly:

3.1.1. Zone 1 – European countries and the Schengen area countries;

3.1.2. Zone 2 – Worldwide;

3.1.3. Zone 3 – the country specified by choice (specified in Part 1 of the Contract (Insurance Policy)).

3.2. Upon insuring financial risks (except for the insured event of interruption the trip:

- in case of impossibility to travel, the place of validity of the Insurance Contract shall be Ukraine.
- in case of delay and/or cancellation of a flight, the place of validity of the Insurance Contract shall be in a Part 1 of the Insurance Contract Ukraine

3.3. The Insurance Contract is invalid and in any case, the following territories are excluded from the territory of the Contract (Insurance Territory):

- country of permanent residence of the Insured Person (except for insurance in case of impossibility to travel, delay and/or cancellation of a flight, if only the country of permanent residence is Ukraine), as well as the territory of the country to which the Insured Person belongs;
- states (territories of states) within which military operations are conducted or military anti-terrorist operations are carried out;
- states against which the UN economic and/or military sanctions have been applied;
- states (territories of states) within which the sources of epidemics have been found and recognized;
- states (territories of states), when visiting which, harm to the life and health of people can be caused with an obvious probability.

3.3.1. if the event occurred on the territory of countries and territories that are not subject to this Contract in accordance with cl. 3.3 of the Insurance Terms and Conditions, such an event is not an insurance one and the Insurer does not make insurance payments (payment of insurance indemnity).

3.4. Insurance Contract can be concluded according to the following options:

3.4.1. “Single trip” – for persons who need to make one trip;

Одноразова подорож (в Частині 1 цього Договору - Тип страхового захисту «Безперевне») – поїздка, яка здійснюється Застрахованою особою з чітко визначеними строками перебування за кордоном, з можливістю разового в'їзду на обмежений строк до обраної країни подорожі (території дії Договору). Як правило, такі поїздки можуть здійснюватися за гостьовими, туристичними, робочими та іншими типами віз, а також в рамках безвізового режиму, що дають право разового в'їзду на територію обраної країни.

3.4.2. «Багаторазові подорожі» – для осіб, яким потрібно здійснити більше однієї подорожі протягом певного строку, зокрема, для власників мультівізи, або власників банківських платіжних карток.

Багаторазова подорож (в Частині 1 цього Договору - Тип страхового захисту «Переривчасте») – поїздка, яка здійснюється Застрахованою особою з відкритою датою перебування за кордоном, тобто Застрахована особа може перебувати на території обраної країни (території місця дії Договору страхування) багаторазово, але у межах лімітів (днів), визначених у Договорі страхування, при цьому, при кожному виїзді за кордон, строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території місця дії Договору страхування.

3.5. Страховик несе відповідальність за цим Договором протягом кількості днів (строку перебування Застрахованої особи за кордоном), яка зазначена в Частині 1 цього Договору – «Строк страхування – днів», крім днів, які визначені як тимчасова франшиза.

3.5.1. У разі укладення Договору страхування за варіантом «Багаторазові подорожі», що передбачає здійснення декількох подорожей, у Частині 1 Договору страхування зазначається загальний строк дії Договору страхування («з – до») та передбачається максимальний строк перебування Застрахованої особи на території дії Договору, протягом якого діє страховий захист за Договором страхування у Частині 1 Договору страхування – «Строк страхування – днів».

3.5.2. Після завершення Застрахованою особою кожної подорожі, визначений Договором страхування максимальний строк перебування за кордоном, протягом якого діє страховий захист за Договором, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі.

3.6. Договір страхування набирає чинності та страховий захист (відповідальність Страховика) за Договором страхування починає діяти з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але не раніше дати сплати Страховальником страхового платежу у повному розмірі на поточний банківський рахунок Страховика та не раніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час виїзду з країни проживання (крім страхування на випадок неможливості здійснити подорож, затримки або відмінни авіарейсу).

3.6.1. У разі укладення Договору на момент знаходження Застрахованої особи за межами України, про що зазначено в Частині 1 Договору шляхом вибору опції «Я вже подорожую», Договір страхування набирає чинності та страховий захист (відповідальність Страховика) за Договором страхування починає діяти не раніше 00 годин 00 хвилин (за київським часом) 2 (другого) календарного дня, наступного за датою, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але не раніше дати сплати Страховальником страхового платежу у повному розмірі на поточний банківський рахунок Страховика.

3.7. Страховий захист за Договором страхування припиняє діяти та Договір страхування втрачає чинність з 24 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Частині 1 Договору страхування як дата закінчення строку його дії, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час в'їзду до країни постійного проживання (крім страхування на випадок неможливості здійснити подорож та/або страхування за варіантом „Багаторазові подорожі”).

3.8. При страхуванні на випадок затримки або відмінний авіарейсу, Договір страхування набирає чинності, та страховий захист за Договором страхування починає діяти з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою укладення Договору страхування, але не раніше 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою сплати Страховальником страхового платежу у повному обсязі на поточний банківський рахунок Страховика.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

4.1. Страховальник (Застрахована особа) має право:

Single trip (in Part 1 of the Contract (Insurance Policy) – Type of insurance cover «Continuos») – is a trip that is carried out by the Insured Person with clearly defined periods of stay abroad, with the possibility of a single entry for a limited period to the selected country of travel (the territory of the Contract). As a rule, such trips can be carried out upon guest, tourist, work and other types of visas, as well as within the framework of a visa-free regime, giving the right to a single entry to the territory of the selected country.

3.4.2. “Multiple trips” – for persons who need to make more than one trip within a certain period, in particular, for holders of the multiple entry visa, or holders of bank payment cards.

Multiple travel (in Part 1 of the Contract (Insurance Policy) – Type of insurance cover «Discontinuos») – is a trip that is carried out by the Insured person with an open date of stay abroad – that is, the Insured Person can be in the territory of the selected country (the territory of the place of validity of the Insurance Contract) multiple times, but within the limits (days) specified in the Insurance Contract, herewith, the period of validity of insurance coverage is automatically reduced by the number of days spent by the Insured Person in the territory of the place of validity of the Insurance Contract at each trip abroad.

3.5. The Insurer is liable under this Contract for the number of days (the period of stay of the Insured Person abroad) specified in Part 1 of this Contract – “Insurance Period – days”, except for the days that are defined as a temporary deductible amount.

3.5.1. In case of conclusion of the Insurance Contract under the “Multiple Trips” option, which provides for the implementation of several trips, Part 1 of the Insurance Contract indicates the total duration of the Insurance Contract (“from – to”) and the maximum period of stay of the Insured Person in the territory of the Contract is assumed, during which there is an insurance coverage under the Insurance Contract in Part 1 of the Insurance Contract – “Insurance period - days”.

3.5.2. After the Insured Person completes each trip, the maximum period of stay abroad, during which the insurance coverage under the Contract is in force, determined by the Insurance Contract, is reduced by the actual number of days of the Insured Person’s stay on the trip.

3.6. The Insurance Contract enters into legal force and the insurance coverage (liability of the Insurer) under the Insurance Contract becomes effective from 00:00 a.m. (Kyiv time) of the date specified in the Insurance Contract as the start date of its validity, but not earlier than the date of payment by the Insured Person of the insurance premium in full to the bank account of the Insurer and not earlier than the moment when the Insured Person passes passport control when leaving the country of residence (except for insurance in case of impossibility to travel, delay and/or cancellation of a flight).

3.6.1. If the Contract is concluded at the time the Insured Person is outside Ukraine, as indicated in Part 1 of the Contract by selecting the “I already travel” option, the Insurance Contract enters into legal force and the insurance coverage (liability of the Insurer) under the Insurance Contract becomes effective no earlier than 00:00 a.m. (Kyiv time) of the 2nd (second) calendar day following the date specified in the Insurance Contract as the start date of its validity period, but not earlier than the date of full payment of the insurance premium by the Insured Person to the bank account of the Insurer.

3.7. Insurance coverage under the Insurance Contract is terminated and the Insurance Contract becomes invalid from 00:00 a.m. (Kyiv time) of the date specified in Part 1 of the Insurance Contract as the date of its expiry, but no later than the moment the Insured Person passes passport control upon entering the country of permanent residence (except insurance in case of impossibility to travel and/or insurance under the “Multiple trips” option).

3.8. In case of delay and/or cancellation of a flight, the Insurance Contract enters into legal force and the insurance coverage under the Insurance Contract becomes effective from 00:00 a.m. of the date following the date of conclusion of the Insurance Contract, but not earlier than 00:00 a.m. of the date following the date of payment by the Policy Holder of insurance premium in full to the bank account of the Insurer.

4. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

4.1. The Policy Holder (Insured Person) has the right to:

- 4.1.1. Вимагати від Страховика роз'яснень умов страхування та отримувати будь-яку інформацію, що стосується умов цього Договору;
- 4.1.2. Отримати послуги, передбачені умовами цього Договору та обраної Програми страхування при настанні страхового випадку, в тому числі послуги Асистансу, в межах страхової суми та лімітів на відшкодування таких витрат, вказаних у Договорі;
- 4.1.3. Звертатися до Асистансу (Страховика) для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;
- 4.1.4. Отримати страхову виплату (виплату страхового відшкодування), в тому числі послуги Асистансу, в обсязі та на умовах, передбачених Договором страхування та обраною Програмою страхування;
- 4.1.5. Повідомити Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі;
- 4.1.6. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору страхування (виключно в умови, що містяться в Частині 1 Договору) та (або) дострокове припинення дії Договору страхування за умови письмового або електронного повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення, крім випадку, коли подорож вже почалася;
- 4.1.7. Отримати дублікат Договору страхування у разі втрати його оригіналу протягом строку дії Договору страхування, для чого звернутися до Страховика з письмовою заявою про видання дубліката (у разі укладення Договору в письмовій формі);
- 4.1.8. Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або її розмір у судовому порядку згідно з законодавством України.
- 4.1.9. Інші права, що передбачені цим Договором страхування.

4.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 4.2.1. При укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору страхування надавати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;
- 4.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, обумовлені в Договорі страхування;
- 4.2.3. Не допускати дій або бездіяльності щодо випадків, настання яких збільшує ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом із Застрахованою особою, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;
- 4.2.4. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;
- 4.2.5. Повідомити Асистанс (Страховика) про настання страхового випадку до моменту сплати медичних послуг та медикаментів, та діяти згідно з пунктом 5 Розділу I цієї Оферти;
- 4.2.6. Погодитись на переведення в медичний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну постійного проживання для подальшого лікування;
- 4.2.7. За власний рахунок сплатити медичні та інші послуги, що не покриваються згідно з цим Договором (на які поширюється франшиза та/або які підпадають під обмеження покриття, виключення з страхових випадків) згідно з Договором;
- 4.2.8. Надати Страховику всю необхідну інформацію та документи, передбачені цим Договором, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків та ідентифікують Застраховану особу у визначений цим Договором строк;
- 4.2.9. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування;
- 4.2.10. В частині обставин страхового випадку, звільнити третіх осіб від обов'язку, щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно Страхувальника (Застрахованої особи), а також, в вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від третіх осіб (лікарів, медичних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені

- 4.1.1. Require the Insurer to clarify the terms and conditions of the insurance and receive any information regarding the terms and conditions of this Contract;
- 4.1.2. Receive the services provided for by the terms and conditions of this Contract and selected insurance program in case of insurance event, including Assistance services, within the insurance coverage and limits on reimbursement of such expenses specified in the Contract;
- 4.1.3. Contact the Assistance (Insurer) for instructions on actions to be taken in case of event that can be recognized as the insurance event;
- 4.1.4. Receive an insurance payment (payment of insurance indemnity), including Assistance services, in the amount and under the terms and conditions stipulated by the Insurance Contract and the selected Insurance Program;
- 4.1.5. Inform the Insurer on the fact of inadequate medical care in a medical establishment;
- 4.1.6. Initiate amendments and additions to the terms and conditions of the Insurance Contract and/or early termination of the Insurance Contract, subject to written or email notification of the Insurer on reasons for such a decision, unless the trip has already begun;
- 4.1.7. Receive a duplicate of the Insurance Contract in case of loss of its original during the validity period of the Insurance Contract, whereunto to contact the Insurer with a written application for the duplicate issuance (in case of concluding the Insurance Contract in writing);
- 4.1.8. Appeal against the refusal of the Insurer to make an insurance payment (payment of insurance indemnity) or its amount in court in accordance with the legislation of Ukraine.
- 4.1.9. Other rights provided for by this Insurance Contract.

4.2. Policy Holder (Insured Person) is obliged:

- 4.2.1. When concluding the Insurance Contract, provide the Insurer with information about all circumstances known to him/her that are essential for assessing the degree of insurance risk, and in the future, during the term of the Insurance Contract, provide information to the Insurer about all circumstances known to him that are essential for assessing the degree of insurance risk;
- 4.2.2. Timely pay the insurance premium in the amount and terms stipulated in the Insurance Contract;
- 4.2.3. Prevent actions or inactivity in relation to events, the occurrence of which increases the degree of the insurance risk (including knowingly not to create a risk of loss or harm to own health and/or) the health of other Insured Persons, including children who travel with the Insured Person, or other persons he/she deals with), and if they arise, take all the necessary measures to eliminate the circumstances that increase the degree of Insurance Risk;
- 4.2.4. Take all possible measures to prevent and reduce the amount of losses caused as a result of the occurrence of insurance event, including following the recommendations of physicians;
- 4.2.5. Inform the Assistance (Insurer) about the occurrence of an insurance event before the payment of medical services and medicines, and act in accordance with clause 5 of Section I of the Offer;
- 4.2.6. Agree to be transferred to a medical establishment of the country of permanent residence for further treatment from the moment when the physician determines that the health status of the Insured Person allows him/her to return to the country of permanent residence for further treatment by him/herself or accompanied by another person;
- 4.2.7. Pay at own expense for medical and other services that are not covered under this Contract (which are deductible and/or subject to coverage restrictions, exclusion from insurance events) under the Contract;
- 4.2.8. Provide the Insurer with all necessary information and documents provided for in this Contract, confirming the occurrence of the insurance event and the amount of losses and identify the Insured Person within the period specified in this Contract;
- 4.2.9. Fulfill the obligations assumed in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract;
- 4.2.10. In part of circumstances of the insurance event, release third parties from the obligation to disclose medical and commercial secrets in relation to the Policy Holder (Insured Person), as well as upon request of the Insurer, provide him/her necessary powers to receive from third parties (physicians, medical establishments, other organizations, who provided services to the Insured Person as stipulated by the terms and conditions of the Contract) any information related to the Insurance Event.

умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної зі страховим випадком.

4.2.11. Не передавати Договір страхування (Страховий поліс) іншим особам з метою отримання ними медичних та (або) інших послуг;

4.2.12. У разі оформлення Договору страхування за умовою «Багаторазова подорож» – при настанні страхового випадку надати Асистуючій компанії або Страховику копії всіх сторінок закордонного паспорта та/або документи, що підтверджують дати перетину кордону України з іншим країнами (квитки та інші документи). За вимогою Асистуючої компанії або Страховика обов'язково Страхувальником (Застрахованою особою) пред'являється оригінал паспорта та/або оригінал відповідних документів, за якими встановлюються дати перетину кордону України (виїзду та в'їзду);

4.2.13. Повернути Страховику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання письмової вимоги Страховика, отриману страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або відповідну її частину, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на її одержання.

4.3. Страхувальник зобов'язаний при укладенні Договору страхування на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору страхування та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

4.4. Страховик має право:

4.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору страхування, у будь-який момент його дії;

4.4.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальнику внести зміни до умов Договору страхування (до дати набрання чинності Договором страхування), включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до цих умов Договору страхування;

4.4.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування або дострокове припинення дії Договору страхування;

4.4.4. Надсилати запити до правоохоронних, інших компетентних органів та будь-яких підприємств та організацій, що володіють інформацією про страховий випадок, з метою отримання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, обставини та причини настання страхового випадку і розмір завданого збитку;

4.4.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) документи та інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру завданого збитку, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею та самостійно визначати розмір шкоди, заподіяної життю, здоров'ю, працездатності, при настанні страхового випадку, в тому числі шляхом залучення Страховиком суб'єктів оціночної діяльності;

4.4.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову у здійсненні виплати у випадках, передбачених цією Офертою;

4.4.7. На проведення незалежної медичної експертизи стану здоров'я Застрахованої особи;

4.4.8. Вимагати повернення виплаченої суми страхової виплати (виплати страхового відшкодування) при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, цими Умовами страхування, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

4.4.9. Інші права, що передбачені цим Договором страхування.

4.5. Страховик зобов'язаний:

4.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

4.5.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) у передбаченій умовами

4.2.11. Not to transfer the Insurance Contract (Insurance Policy) to other persons for the purpose to receive medical and/or other services;

4.2.12. In case of Insurance Contract signing under the "Multiple travel" option – upon occurrence of Insurance Event, provide the assistance company or the Insurer with copies of all pages of the passport and/or documents confirming the dates of crossing the border of Ukraine with other countries (tickets and other documents), with the obligatory presentation to authorized persons of the Insurer of the original passport and/or originals of the relevant documents, according to which the dates of crossing the border of Ukraine (exit and entry) are established;

4.2.13. Return to the Insurer, within 30 (thirty) calendar days from the date of receipt of the written request of the Insurer, Insurance Payment received (payment of insurance indemnity) or its corresponding part, if, within the statute of limitations provided for by the current legislation of Ukraine a circumstance is discovered that completely or partially deprives the Policy Holder (Insured Person) the right to receive it.

4.3. When concluding the Insurance Contract in favor of another person (Insured Person), the Policy Holder is obliged to familiarize him/her with the terms and conditions of the Insurance Contract and obtain his/her consent for insurance, except as provided for by the current legislation of Ukraine.

4.4. The Insurer has the right:

4.4.1. Check the accuracy of the information provided to him/her by the Policy Holder (Insured Person), demand the provision of information and documents that are significant for determining the degree of insurance risk, as well as other documentation of the Policy Holder (Insured Person) regarding the subject of the Insurance Contract, at any time of its validity;

4.4.2. In case of increase in the degree of insurance risk, propose to the Policy Holder to amend the terms and conditions of the Insurance Contract (before the date of entry into legal force of the Insurance Contract), including the payment of additional insurance premium, or terminate it in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract;

4.4.3. Initiate amendments to the terms and condition of the Insurance Contract or early termination of the Insurance Contract;

4.4.4. Send inquiries to law enforcement, other competent authorities and any companies and organizations that have information about the insurance event, for the purposes to obtain relevant documents and information confirming the fact, circumstances and reasons for the occurrence of the insurance event and the amount of damage caused;

4.4.5. Find out the reasons and circumstances of the occurrence of an insurance event independently, demand from the Policy Holder (Insured Person) documents and information necessary to establish the fact, reasons and circumstances of the occurrence of an insurance event or the amount of damage caused, including information that is a commercial secret and independently determine the amount of damage caused to life, health, performance, in case of insurance event, including by involving the Insurer of the appraisal activities subjects;

4.4.6. Refuse to make insurance payment (payment of insurance indemnity) or postpone the decision to make insurance payment (payment of insurance indemnity) or refusal to make payment in cases provided for by the Offer;

4.4.7. To conduct an independent medical examination of the health status of the Insured Person;

4.4.8. Demand to return the paid amount of insurance payment (payment of insurance indemnity) in case of the relevant circumstances provided for by the current legislation of Ukraine, this terms and conditions, deprive the Policy Holder (Insured Person) of the right to receive insurance payment (payment of insurance indemnity).

4.4.9. Other rights provided for by this Insurance Contract.

4.5. The Insurer is obliged:

4.5.1. Give insights to the terms and conditions of insurance to the Policy Holder;

4.5.2. Within 2 (two) working days, as soon as it becomes known on occurrence of the insured event, take measures to complete all the necessary documents for the timely implementation of the insurance payment (payment of insurance indemnity);

4.5.3. Upon occurrence of insurance event, make an insurance payment (payment of insurance indemnity) within the period specified in the terms

Договору страхування строк (в тому числі забезпечити надання Застрахованій особі послуг на умовах, передбачених Договором та Програмою страхування). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування в розмірі, зазначеному в пункті 9.2. цієї Оферти.

4.5.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір страхування або внести зміни до умов Договору страхування;

4.5.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

4.5.6. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору страхування.

4.6. Страхувальник (Застрахована особа) несе відповідальність за достовірність наданих Страховику документів та інформації (в разі надання недостовірної інформації це може бути підставою для відмови у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування).

5. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, за видами страхування, передбаченими умовами цього Договору Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) зобов'язаний в порядку та в строки визначені цією Офертою:

5.1.1. Повідомити Страховика (Асистанс) про настання страхового випадку.

5.1.2. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків/ шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку.

5.1.3. Для отримання страхової виплати (страхового відшкодування) Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків.

5.1.3.1. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально завірених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

5.1.3.2. Страховик має право вимагати перекладу українською мовою документів, пов'язаних з подією (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) за рахунок Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача).

5.1.3.3. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надані в неповному обсязі та/або в неналежній формі, або оформлені з порушенням чинних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється до усунення (виправлення) цих недоліків.

5.1.4. Передати представнику Асистансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – за першої нагоди

5.2. Надання Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку з настанням зазначеної події інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів із запобігання та зменшення розміру збитку (шкоди) не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

6. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

6.1. Страхову виплату (виплату страхового відшкодування) при настанні страхового випадку Страховик здійснює згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і страхового акту, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком, після повного встановлення обставин, причин й розмірів заподіяної шкоди (збитків) внаслідок настання страхового випадку.

6.2. Крім випадків здійснення страхової виплати шляхом перерахування Страховиком грошових коштів на поточний банківський рахунок Асистансу, медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги Застрахованій особі, страхова виплата здійснюється таким чином:

and conditions of the Insurance Contract (including ensuring the provision of services to the Insured Person on the terms and conditions stipulated by the Contract and the Insurance Program). The Insurer bears property liability for the untimely payment of insurance indemnity in the amount specified in clause 9.2 of the Offer.

4.5.4. Upon request of the Policy Holder (Insured Person), in case of taking measures that have reduced the degree of insurance risk, renegotiate the Insurance Contract with him/her or amend the terms and conditions of the Insurance Contract;

4.5.5. Not to disclose information on the Policy Holder (Insured Person) and his/her property status, except for cases provided for by the current legislation of Ukraine.

4.5.6. Fulfill the obligations assumed in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract.

4.6. The Policy Holder (Insured Person) shall be liable for the accuracy of the documents and information provided to the Insurer (if false information is provided, this may be the basis for refusal to pay the insurance or insurance indemnity).

5. POLICY HOLDER (INSURED PERSON) ACTIONS IN CASE OF INSURANCE EVENT

5.1. In case of event that can be recognized as the insurance event, according to the types of insurance provided for by the terms and conditions of this Contract, the Policy Holder (the Insured Person or a person representing his/her interests) shall do the following:

5.1.1. For the purpose to receive insurance payment (insurance indemnity), it is necessary Policy Holder (Insured Person) to provide documents to the Insurer confirming the fact, reasons and circumstances of the occurrence of the insurance event and the amount of losses.

5.1.2. Hand over to the Assistance representative or the Insurer unused air or train tickets during their validity period, and as soon as possible if it is impossible to do so for health reasons.

5.1.3. For the purpose to receive insurance payment (insurance indemnity), it is necessary Policy Holder (Insured Person) to provide documents to the Insurer confirming the fact, reasons and circumstances of the occurrence of the insurance event and the amount of losses.

5.1.3.1. The documents required for the insurance payment (payment of insurance indemnity) shall be provided to the Insurer in the form of originals, notarized copies, simple copies, upon condition that the Insurer has the opportunity to verify copies of these documents with their originals.

5.1.3.2. The Insurer has the right to demand translation into Ukrainian of documents related to the event (certificates, medical reports, bills, etc.) at the expense of the Policy Holder (Insured Person, Beneficiary).

5.1.3.3. If the documents required for the insurance payment (payment of insurance indemnity), provided in an incomplete volume and/or in an inappropriate form, or executed in violation of current regulations (without number, date, stamp, with text correction, etc.), insurance payment (payment of insurance indemnity) is carried out until the elimination (correction) of these deficiencies.

5.1.4. Hand over to the Assistance representative or the Insurer unused air or train tickets during their validity period, and as soon as possible if it is impossible to do so for health reasons

5.2. Providing the Insured (Insured Person) with instructions from the Insurer or his representative in connection with the occurrence of the specified event, as well as taking the latest measures to prevent and reduce the amount of damage (damage) is not grounds for recognizing this event as an insured event.

6. TIME FOR DECISION MAKING ON IMPLEMENTATION OR REFUSAL TO MAKE INSURANCE PAYMENT (PAYMENT OF INSURANCE INDEMNITY)

6.1. The insurance payment (payment of insurance indemnity) upon the occurrence of an insurance event shall be made by the Insurer in accordance with the Insurance Contract on the basis of an application by the Policy Holder (Insured Person) and the claim report drawn up by the Insurer or a person authorized by him/her in the form determined by the Insurer, after complete establishment of circumstances, reasons and the amount of damage (loss) caused due to the occurrence of the insurance event.

6.2. Except for cases of insurance payment by the Insurer by transferring funds to the bank account of the Assistance, medical or other institution, provided services to the Policy Holder upon the consent of the Insurer, the insurance payment shall be made in the following way:

6.2.1. Для складення страхового акту та здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику документи, передбачені пунктами 13, 18, 25, 30 цієї Оферти (в залежності від виду страхування та страхового випадку, що настав);

6.2.2. Протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з моменту одержання всіх необхідних документів (останнього з них, якщо документи надавалися Страховику частинами) для підтвердження факту, причин, обставин та наслідків настання страхового випадку та визначення розміру збитків, Страховик:

6.2.2.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати, складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати (виплати страхового відшкодування) і протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дати складення страхового акту здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або

6.2.2.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

6.2.3. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або про відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування):

6.2.3.1. У разі наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Страхувальника (Застрахованої особи) на одержання страхової виплати (в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей та документів, або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини страхового випадку та/або розмір завданих збитків (здійснених витрат). У цьому випадку відстрочення продовжується до одержання необхідних додаткових документів або доказів. граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати в такому разі – не більше ніж **6 (шість) місяців** з дати настання випадку. Якщо до завершення вказаного періоду відстрочення зазначені документи/докази не будуть надані або свідчитимуть про наявність підстав для відмови у страховій виплаті/виплаті страхового відшкодування, Страховик приймає рішення про відмову у виплаті;

6.2.3.2. Якщо порушено кримінальне провадження проти Страхувальника (Застрахованої особи) і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку, відстрочення відбувається до закінчення розслідування та ухвалення відповідного рішення у цій справі.

6.2.4. Рішення про відмову у виплаті, або про продовження терміну прийняття рішення, Страховик письмово повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі), з обґрунтуванням причин такого рішення протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня його прийняття.

6.3. Датою страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного банківського рахунку Страховика..

6.4. Виплата страхового відшкодування визначається в національній валюті (гривні) по валютному курсу на дату настання страхового випадку.

6.5. Рішення Страховика про відмову в здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) може бути оскаржене у визначеному чинним законодавством порядку.

7. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ). ЗАГАЛЬНІ ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

7.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) є:

7.1.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється згідно з чинним законодавством України;

7.1.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

7.1.3. Подання Страхувальником або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі приховування таких відомостей;

6.2.1. To draw up the claim report and make an insurance payment (payment of insurance indemnity), the Policy Holder (Insured Person) shall provide the documents to the Insurer specified in clauses 13, 18, 25, 30 of the Offer (depending on the type of insurance and the insurance event that occurred);

6.2.2. Within **15 (fifteen) business days** from the date of receipt of all necessary documents (the latest of them, if documents were provided to the Insurer in parts) to confirm the fact, reasons, circumstances and consequences of the occurrence of insurance event and determine the amount of losses, the Insurer shall:

6.2.2.1. Make a decision on the implementation of the insurance payment, draw up the claim report defining the amount of insurance payment (payment of insurance indemnity) and make an insurance payment (payment of insurance indemnity) within **15 (fifteen) working days** from the date of drawing up the claim report or

6.2.2.2. Make a reasoned decision to refuse to make insurance payments (payment of insurance indemnity).

6.2.3. The insurer has the right to postpone the decision to make an insurance payment (payment of insurance indemnity) or to refuse to make an insurance payment (payment of insurance indemnity):

6.2.3.1. If there are reasonable doubts on legitimacy of claims of the Policy Holder (Insured Person) to receive insurance payment (including as a result of the Insurer's doubts on accuracy of information and documents provided by the Policy Holder (Insured Person), or if it is impossible to establish the circumstances, reasons for the insurance event and/or the amount of damage caused (expenses incurred). In this case, the postponement continues until the required additional documents or evidence are obtained. Deadline for postponement of the insurance payment in this case shall be no more than **6 (six) months** from the date of the event occurrence. If, before the end of the specified postponement period, the specified documents/evidence are not provided or indicate that there are grounds for refusing insurance payment/payment of insurance indemnity, the Insurer shall decide to refuse payment;

6.2.3.2. If criminal proceedings have been initiated against the Policy Holder (Insured Person) and an investigation of the circumstances leading to the occurrence of the insurance event is underway, the postponement occurs until the end of the investigation and the adoption of appropriate decision in this case.

6.2.4. The Insurer informs the Policy Holder (Insured Person) in writing of the decision to refuse to pay, or to extend the term for decision making, with justification of the reasons for such a decision within **10 (ten) working days** from the date of its adoption.

6.3. The date of insurance payment is the date of debiting funds from the bank account of the Insurer.

6.4. Payment of insurance indemnity is determined in national currency (UAH) at the exchange rate as of the date of the insurance event.

6.5. Decision of the Insurer to refuse to make insurance payment (payment of insurance indemnity) may be appealed in the manner stipulated by law.

7. REASONS FOR REFUSAL IN INSURANCE PAYMENT (PAYMENT OF INSURANCE INDEMNITY). GENERAL EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS

7.1. Grounds for the Insurer's refusal to make insurance payment (payment of insurance indemnity) are:

7.1.1. Deliberate actions of the Policy Holder or the Insured Person aimed at the occurrence of insurance event. This provision does not apply to actions related to the performance of their civil or official duty, in a state of necessary defense (without exceeding its boundaries) or protection of property, life, health, honor, dignity and business reputation. Qualification of actions of these persons shall be established in accordance with current legislation of Ukraine;

7.1.2. Committing by the Policy Holder – physical person or by the Insured Person of a deliberate crime that led to the occurrence of the insurance event;

7.1.3. Submission by the Policy Holder or the Insured Person of knowingly false information on the subject of the Insurance Contract or the fact of occurrence of the insurance event, including concealment of such information;

7.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком/Асистиансу перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

7.1.5. Відсутність належних документів, що підтверджують факт, причини й обставини настання страхового випадку, на які посилається Страхувальник або Застрахована особа;

7.1.6. Настання подій, що є виключеннями зі страхових випадків або обмеженнями страхування, визначених в цих Умовах страхування (залежно від виду страхування та страхового випадку, що настав);

7.1.7. Невиконання або неналежне виконання Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язань визначених цією Офертою та чинним законодавством;

7.1.8. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні. Якщо збиток відшкодовано частково, виплата страхового відшкодування здійснюється з урахуванням суми, отриманої як компенсація заподіяного збитку.

7.1.9. Невідповідність події, яка має ознаки страхового випадку, групі ризику/вікової категорії/місцю дії Договору вказаними в Частині 1 (Страховому Полісі).

7.1.10. Інші випадки, передбачені цим Договором та законом.

7.2. Страховик не несе відповідальності (страховими випадками не визнаються) та страхові виплати за Договором не здійснюються, якщо випадки сталися в результаті:

7.2.1. прямого або непрямого впливу іонізуючого випромінювання (дії радіації), ядерного вибуху, радіоактивного забруднення будь-якого походження;

7.2.2. самогубства Застрахованої особи, спроби самогубства, або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

7.2.3. вживання алкоголю, наркотиків або токсичних речовин (при цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних в країні перебування);

7.2.4. участі Застрахованої особи у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), повстаннях, бунтах, війнах, народних заворушеннях, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що згідно з чинним законодавством країни перебування кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності, а також служби Застрахованої особи в збройних силах та військових формуваннях або структурах, участю в бойових діях, спецопераціях;

7.2.5. заняття Застрахованою особою під час перебування за кордоном будь-яким видами спорту на аматорському або професійному рівні, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, за наявності у Договорі спеціальної відмітки (в Частині 1 зазначена відповідна група ризику Застрахованої особи, що відповідає виду спорту, яким вона займається);

7.2.6. здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, що знаходяться у прямому причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком (з настанням розладу здоров'я) та/або інших подій (страхових ризиків), передбачених цим Договором страхування. Протиправні дії можуть бути кваліфіковані як такі згідно з законодавством, чинним як у країні тимчасового перебування, так і в країні постійного проживання Застрахованої особи;

7.2.7. нараження Застрахованої особи на свідому небезпеку, невинуватий ризик (за винятком рятування життя людини);

7.2.8. виконання Застрахованою особою будь-якої фізичної роботи за наймом, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору (в такому разі в Частині 1 Договору зазначена відповідна група ризику Застрахованої особи);

7.2.9. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом: без наявності при собі посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії, яке визнається дійсним у країні перебування; у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також у зв'язку з передачею керування іншій особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, яка не мала посвідчення водія;

7.2.10. самолікування, надання послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності;

7.2.11. порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

7.1.4. Untimely notification by the Policy Holder or the Insured Person on occurrence of the insurance event without good reason or creating obstacles to the Insurer/Assistance in determining the circumstances, nature and amount of losses;

7.1.5. Lack of proper documents confirming the fact, reasons and circumstances of the occurrence of the insurance event, which the Policy Holder or the Insured Person refers to;

7.1.6. Occurrences of events that are exclusions from insurance events or insurance restrictions defined in the insurance terms and conditions (depending on the type of insurance and the insurance event that occurred);

7.1.7. Failure or improper fulfillment by the Policy Holder (Insured Person) to comply with the Offer and applicable law;

7.1.8. Receipt by the Policy Holder (Insured Person) of full compensation for losses from the person guilty of causing them. If the damage is partially compensated, the insurance indemnity shall be paid taking into account the amount received as compensation for the damage caused.

7.1.9. Inconsistency of event with signs of the insurance event, the risk group/age category/place of validity of the Contract specified in part 1 (Insurance Policy).

7.1.10. Other cases provided for by this Contract and the law.

7.2. The Insurer shall not be liable (insurance events are not recognized) and insurance payments under the Contract are not made if events occurred as a result of:

7.2.1. direct or indirect effects of ionizing radiation (radiation), nuclear explosion, radioactive contamination of any origin;

7.2.2. suicide of the Insured Person, attempted to suicide or intentional infliction of bodily harm by the Insured Person;

7.2.3. use of alcohol, drugs or toxic substances (herewith, the state of alcoholic intoxication shall be determined on the basis of the norms for consumption of alcoholic beverages in force in the host country);

7.2.4. participation of the Insured Person jointly, in offenses or fights (except in cases of self-defense), uprisings, riots, wars, civil unrest, if the Insured Person is an accomplice of actions, according to current legislation of the host country, is qualified as a crime against public order and morality, as well as the services of the Insured Person in armed forces and military formations or structures, participation in hostilities, special operations;

7.2.5. the Insured Person is engaged in any kind of sports at an amateur or professional level during his/her stay abroad, except for cases when it is provided for by the terms and conditions of the Contract, if there is a special mark in the Contract (Part 1 indicates the relevant risk group of the Insured Person corresponding to the sport which he/she is engaged in)

7.2.6. unlawful actions by the Policy Holder (Insured Person) that are in direct causal relationship with the insurance event (with the health disorder onset) and/or other events (insurance risks) provided for by this Insurance Contract. Unlawful actions can be qualified both in accordance with the legislation in force both in the country of temporary residence and in the country of permanent residence of the Insured Person;

7.2.7. targeting the Insured Person to a conscious danger, unjustified risk (except for saving a person's life)

7.2.8. performance by the Insured person of any physical work being employed, except for cases when it is provided for by the terms and conditions of the Contract (in this case, the relevant risk group of the Insured Person is indicated in Part 1 of the Contract);

7.2.9. driving any vehicle by the Insured Person: without having a driver license with for the right to drive a vehicle of the corresponding category, which is recognized as valid in the host country; in a state of alcoholic, drug or toxic intoxication, as well as in connection with the transfer of control to another person in a state of alcoholic, drug or toxic intoxication or a person who doesn't have a driver's license;

7.2.10. self-medication, provision of services by medical establishments that do not have an appropriate license or by a person who does not have the right to carry out medical activities;

7.2.11. violation by the Insured Person of safety rules, fire safety rules, road traffic rules;

7.2.12. свідомим перебуванням Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя;

7.2.13. польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить у якості пасажирів у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення та коли це передбачено умовами Договору (в такому разі в Частині 1 Договору зазначена відповідна група ризику Застрахованої особи);

7.2.14. дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, крім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування її в стаціонарних умовах;

7.2.15. внаслідок дії форс-мажорних обставин – обставин непереборної сили (стихійних лих, техногенних аварій, пожеж тощо), військових дій, обмежень та/або заборонних чи обмежувальних розпоряджень або інших дій державних органів, військової влади або їх посадових осіб, дій осіб в політичних або терористичних цілях, при цьому не має значення, чи була шкода заподіяна в результаті цих дій навмисно, або випадково. У разі настання форс-мажорних обставин термін виконання зобов'язань за Договором вважається перенесеним до дати закінчення дії цих обставин. При настанні форс-мажорних обставин внаслідок терористичних дій, у разі, коли це було передбачено особливими умовами Договору і було сплачено додатковий страховий платіж – зобов'язання Сторін за Договором виконуються на звичайних умовах, передбачених Договором, або, при неможливості однією із Сторін виконати свої зобов'язання на умовах та у терміни, передбачені Договором, визначаються індивідуально і за згодою Сторін викладаються у Додатковій угоді до Договору.

7.2.16. Страховик не відшкодовує моральну шкоду та упущену вигоду.

7.3. За цим Договором **Застрахованими особами не можуть** бути особи:

7.3.1. визнані у встановленому законом порядку недієздатними чи обмежено дієздатними;

7.3.2. які страждають такими захворюваннями: пухлина головного мозку; пухлини спинного мозку та хребетного стовпа; поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях; смерть мозку; травма хребетного стовпа та спинного мозку; гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний; хворі на СНІД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; психічно хворі;

7.3.3. які на дату укладення Договору мали статус інваліда I групи, а інваліди II групи – якщо такі подорожують без супроводжуючої їх особи, крім випадків передбачених цим Договором.

8. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ

8.1. Дія Договору припиняється (в тому числі достроково) та втрачає чинність за згодою Страховика і Страхувальника на умовах та у порядку, передбаченому статтею 28 Закону України «Про страхування», а також в інших випадках, передбачених цим Договором та чинним законодавством України.

При достроковому припиненні Договору норматив витрат на ведення справи становить 40%.

8.2. Договір вважається недійсним у випадках, передбачених статтею 29 Закону України «Про страхування», а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

8.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона письмово або в електронній формі зобов'язана повідомити іншу **не пізніше** ніж:

8.3.1. У разі укладення Договору страхування за варіантом „Багаторазові подорожі” – **за 2 (два) робочих дні** до дати початку запланованої чергової подорожі за межі України, але не пізніше ніж **за 15 (п'ятнадцять) календарних днів** до дати припинення строку дії Договору страхування та/або строку перебування за кордоном, визначеного Частиною 1 Договору.

8.3.2. У разі укладення Договору страхування за варіантом „Одноразова подорож” – **за 1 (один) робочий день** до дати початку подорожі, зазначеної в Частині 1 Договору страхування.

8.4. Зміни та доповнення до умов цього Договору страхування вносяться за взаємною згодою Сторін на підставі заяви однієї із Сторін шляхом припинення діючого та укладення нового договору

7.2.12. deliberate stay of the Insured Person in places known in advance as dangerous to human life and health (places of explosives, construction and installation works, military ranges, shooting ranges, etc.), if this is not related to production needs or an attempt to save human's life;

7.2.13. flights on any aircraft, except for cases when the Insured Person is flying as a passenger in a civil aircraft, the owner of which has a license for passenger transportation and when it is provided for by the terms and conditions of the Contract (in this case, the relevant risk group of the Insured Person is indicated in Part 1 of the Contract)

7.2.14. exposure to sunlight, which led to sunburn or heatstroke, except for emergence of an acute danger to the life of the Insured Person as a result of its inpatient treatment;

7.2.15. as a result of force majeure – force majeure circumstances (natural disasters, man-made accidents, fires, etc.), hostilities, restrictions and/or prohibitive or restrictive orders or other actions of state bodies, military authorities or their officials, actions of persons for political or terrorist purposes, herewith, it does not matter whether the harm was caused as a result of these actions intentionally or accidentally. In case of force majeure, the term for fulfilling obligations under the Contract shall be considered postponed until the date of expiry of these circumstances. In case of force majeure as a result of terrorist actions, in case when this was provided for by the special conditions of the Contract and an additional insurance premium was paid, the obligations of the Parties under the Contract are fulfilled under usual terms and conditions provided for in the Contract, or, if one of the parties is unable to fulfill its obligations under the terms and conditions stipulated by the Contract, shall be determined individually and by agreement between the parties are set out in the Additional Agreement to the Contract.

7.2.16. The Insurer shall not compensate for moral damage and lost profits.

7.3. Under this Contract, **the following persons cannot be the Insured Persons:**

7.3.1. recognized as legally incapable or partially incapable;

7.3.2. suffering from the following diseases: brain tumor; spinal cord and spinal column tumors; damage to the nervous system in malignant neoplasms; brain death; trauma of the spinal column and spinal cord; acute cerebrovascular accident (stroke); acute necrotic encephalitis; patients with AIDS, alcoholism, drug addiction, substance abuse; mentally ill;

7.3.3. who, on the date of the Contract, had the status of disabled person group I, and disabled persons group II – if such persons travel without an accompanying person, except for cases provided for in the Contract.

8. TERMS AND CONDITIONS OF THE INSURANCE CONTRACT TERMINATION. CONTRACT AMENDMENT PROCEDURE

8.1. The Contract shall be terminated (including early) and becomes invalid upon agreement between the Insurer and the Policy Holder under the terms and conditions and in the manner stipulated by Article 28 of the Law of Ukraine “On Insurance”, as well as in other cases provided for by this Contract and current legislation of Ukraine.

In case of early termination of the Contract, the standard cost of leading the case amounts to 40%.

8.2. The Contract is considered invalid in cases stipulated by Article 29 of the Law of Ukraine “On Insurance”, as well as in other cases provided for by current legislation of Ukraine.

8.3. Any Party is obliged to notice the other in writing or electronically of its intention to terminate the insurance contract earlier **not later** than:

8.3.1. In case of concluding the Insurance Contract under the “Multiple Trips” option – **2 (two) business days before** the date of the following scheduled trip abroad Ukraine, but no later than **15 (fifteen) calendar days before** the expiration date of the Insurance Contract and/or the period of stay abroad specified in Part 1 of the Contract.

8.3.2. In case of concluding the Insurance Contract under the “One-time trip” option – **1 (one) business day before** the date of the trip specified in Part 1 of the Insurance Contract.

8.4. Amendments and additions to the terms and conditions of this Insurance Contract shall be made upon mutual agreement between the Parties on the basis of application by one of the Parties by terminating the Insurance Contract and concluding a new Insurance Contract, within **5**

страхування, протягом **5 (п'яти) робочих днів** з моменту отримання заяви іншою Стороною. Всі зміни/доповнення до Договору за згодою Сторін вносяться виключно в умови визначені в Страховому Полісі та оформлюються у письмовій або електронній формі.

8.5. Якщо будь-яка із Сторін не згодна на внесення змін до умов Договору страхування, в той же строк вирішується питання про дію Договору страхування на чинних умовах або про припинення його дії.

8.6. В усіх питаннях, що не врегульовані цим Договором, Сторони керуватимуться Правилами, актами чинного законодавства України.

9. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ІНШІ УМОВИ

9.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

9.2. При порушенні передбаченого даним Договором строку здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страховик сплачує Страхувальнику пеню в розмірі 0,1 відсотка від несплаченої суми за кожен день затримки, але не більше 10 (десяти) відсотків від несплаченої суми страхової виплати (страхового відшкодування).

9.3. Споры, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у випадку недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

РОЗДІЛ II. УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ДОДАТКОВИХ ВИТРАТ ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ЗА КОРДОНОМ

10. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

10.1. Предметом Договору страхування при страхуванні медичних витрат є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) за кордон.

10.2. Відповідно до умов цього Розділу II Страховик зобов'язується за обумовлену Договором страхування плату (страховий платіж) здійснити страхову виплату в розмірі страхової суми або її частини шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку із раптовим розладом здоров'я Застрахованої особи (гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку), що загрожує життю та вимагає надання негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання або її смертю внаслідок раптового гострого розладу здоров'я або нещасного випадку, що сталися під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) за кордон на умовах цього Договору.

10.3. Страховий захист при страхуванні медичних витрат та додаткових витрат, пов'язаних із страховим випадком, здійснюється із врахуванням умов, зазначених у відповідній Програмі страхування, обраній Страхувальником (Застрахованою особою) та зазначеній в Частині 1 цього Договору.

11. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. СТРАХОВІ РИЗИКИ.

11.1. Страховим випадком при страхуванні медичних витрат є подія (страховий ризик), передбачена Договором та Програмою страхування, що сталася протягом періоду дії страхового захисту за Договором, та не є виключенням зі страхових випадків або обмеженням страхування згідно з Офертою, внаслідок якої Застрахована особа отримала медичні та (або) додаткові послуги, передбачені Програмою страхування та внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

11.2. До подій (страхових ризиків), що покриваються страхуванням медичних витрат належать:

11.2.1. Раптовий розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався під час дії Договору страхування (страхового захисту за Договором страхування) та на території його дії внаслідок:

11.2.1.1. Гострого захворювання;

(five) business days after the application is received by the other Party. All amendments to the Contract shall be made solely with the consent of the Parties under the conditions specified in the Policy and by concluding additional agreements to the Contract, which form an integral part thereof.

8.5. If any of the Parties does not agree to amend the terms and conditions of the Insurance Contract, the issue of the validity of the Insurance Contract under the current terms and conditions or termination of its validity shall be resolved within the same period.

8.6. In all matters not regulated by this Contract, the Parties shall be governed by the Rules, acts of current legislation of Ukraine.

9. LIABILITY FOR NON-FULFILLMENT OR IMPROPER FULFILLMENT OF THE TERMS AND CONDITIONS OF THE CONTRACT. DISPUTE SETTLEMENT PROCEDURE. MISCELLANEOUS

9.1. For non-fulfillment or improper fulfillment of the terms and conditions of this Contract, the Parties shall be liable in accordance with the current legislation of Ukraine.

9.2. In case of violation of the term of insurance payment (payment of insurance indemnity) stipulated by this Contract, the Insurer shall pay the Insured Person a penalty in the amount of 0.1 percent of the unpaid amount for each day of delay, but not more than 10 (ten) percent of the unpaid amount of the insurance payment (insurance indemnity).

9.3. Disputes arising in connection with the fulfillment of the terms and conditions of the Insurance Contract shall be resolved by the Parties through the negotiations and in case of failure to reach the agreement – in the manner stipulated by the current legislation of Ukraine.

SECTION II. TERMS AND CONDITIONS OF VOLUNTARY INSURANCE OF MEDICAL AND ADDITIONAL EXPENSES OF PERSONS, TRAVELING ABROAD

10. SUBJECT OF THE INSURANCE CONTRACT IN CASE OF MEDICAL EXPENSES INSURANCE

10.1. Subject of the Insurance Contract in case of medical expenses insurance are property interests that do not contradict to the law, related to the life, health of the Insured Person and medical expenses of the Insured Person, as well as its additional costs that are directly related to the occurrence of the insurance event when the Insured Person makes a travel (trip) abroad.

10.2. According to the terms and conditions of the Section II, the Insurer undertakes, for a insurance premium (insurance payment) stipulated by the Insurance Contract to make an insurance payment in the amount of the insurance coverage or a part thereof by reimbursing the documented expenses for the receipt by the Insured Person of medical and sanitary and other care due to a sudden health disorder of the Insured Person (acute illness, exacerbation of a chronic disease, health disorder of the Insured Person as a result of an accident), that threaten life and require immediate medical care that cannot be postponed until the moment when the Insured Person returns to the country of his/her permanent residence or his/her death as a result of a sudden acute health disorder or accident that occurred during the travel(trip) by the Insured Person abroad under the terms and conditions of the Contract.

10.3. Insurance coverage for insurance of medical expenses and additional costs associated with the insurance event shall be carried out subject to the conditions specified in the relevant Insurance Program chosen by the Policy Holder (Insured Person) and specified in Part 1 of the Contract.

11. INSURANCE EVENT. INSURANCE RISKS.

11.1. The insurance event in case of insurance of medical expenses is an event (insurance risk) stipulated by the Contract and the Insurance Program that occurred during the period of validity of insurance coverage under the Contract, and is not an exception from insurance events or limitation of insurance in accordance with the Offer, as a result of which the Insured Person received medical and(or) additional services provided for by the Insurance Program and as a result of which the obligation of the Insurer to make insurance payments arises in accordance with the terms and conditions of the Contract.

11.2. Events (insurance risks) covered by medical expenses insurance include:

11.2.1. Sudden health disorder of the Insured Person that occurred during the validity of the Insurance Contract (insurance coverage under the Insurance Contract) and in the territory of its validity due to:

11.2.1.1. Acute disease;

11.2.1.2. Загострення хронічної хвороби, що загрожує життю та вимагає негайної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання;

11.2.1.3. Нещасного випадку.

11.2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок непередбачуваного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку.

12. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

12.1. При страхуванні медичних витрат не покриваються та не підлягають відшкодуванню Страховиком медичні та додаткові витрати Застрахованої особи на:

12.1.1. Лікування, яке Застрахована особа проходила до початку строку дії Договору страхування (страхового захисту за Договором страхування), а також у разі, якщо поїздка була протипоказана Застрахованій особі за станом здоров'я;

12.1.2. Медичну допомогу у разі загострення захворювання, яке за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалося або вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язане з гострою смертельною небезпекою для життя Застрахованої особи, або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому, обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистансом критичного стану Застрахованої особи;

12.1.3. Лікування захворювання або травм, викликаних дією форс-мажорних обставин, включаючи стихійні лиха і їхні наслідки, епідемії, карантин, несприятливі метеорологічні умови за умови, що територія на якій знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана компетентними державними органами (або має статус) зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до набрання чинності Договором страхування;

12.1.4. Надання стоматологічних послуг, крім витрат на огляд, екстрене лікування та медикаменти при гострому зубному болю та/або запаленні тканин, що його оточують, а також при травмі зуба в результаті нещасного випадку;

12.1.5. Проведення абортів, а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю (крім станів що загрожують життю Застрахованої особи), а також надання медичних послуг, починаючи з 28 (двадцять восьмого) тижня вагітності, пологами та післяпологовим доглядом за дитиною;

12.1.6. Штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи із запобігання вагітності;

12.1.7. Будь-яке протезування, в тому числі протезування очей та забезпечення зубними протезами або штучними зубами;

12.1.8. Придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків, милиць, тростин, витрати на багаторазові розбірні фіксатори, ортези та слінги тощо);

12.1.9. Діагностичні маніпуляції (у тому числі консультації і лабораторні/інструментальні дослідження) та лікування, що не є обов'язковими, необхідними у разі настання нещасного випадку та/або раптового розладу здоров'я, або не пов'язані з настанням страхового випадку;

12.1.10. Медичні та інші послуги, не передбачені Договором страхування (відповідною Програмою страхування) або понад ліміти, визначені відповідною Програмою страхування;

12.1.11. Медичні та інші додаткові послуги, які не були організовані Асистансом у порядку, визначеному цими Умовами страхування та/або без попереднього погодження зі Страховиком;

12.1.12. Лікування, не призначене лікарем;

12.1.13. Будь-які планові операції; проведення операції, пов'язаної з реконструктивною та пластичною хірургією, в тому числі пов'язані з усуненням косметичних дефектів;

12.1.14. Проведення профілактичних заходів, вакцинацій, дезінфекцій будь-яких предметів, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видача медичних довідок та свідоцтв;

12.1.15. Лікування та/або догляд за Застрахованою особою її родичами;

12.1.16. Проведення відновлювальної терапії, реабілітації, фізіотерапії, ЛФК;

11.2.1.2. Exacerbation of a chronic life-threatening illness and requires immediate medical attention, which cannot be postponed until the moment when the Insured Person returns to the country of his/her permanent residence;

11.2.1.3. Accident.

11.2.2. Death of the Insured Person as a result of unforeseen acute disease, exacerbation of a chronic disease or accident.

12. EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS AND INSURANCE LIMITATION IN CASE OF MEDICAL EXPENSES INSURANCE

12.1. In case of insurance of medical expenses, medical and additional expenses of the Insured Person shall not be covered and cannot be reimbursed by the Insurer for:

12.1.1. Treatment that the Insured Person received before the commencement date of the Insurance Contract (insurance coverage under the Insurance Contract), as well as if the trip was contraindicated for the Insured Person for health reasons;

12.1.2. Medical care in case of an exacerbation of the disease that was treated or required treatment in the previous 6 (six) months before the date of travel. Exceptions are cases when the exacerbation of this disease is associated with an acute mortal danger to the life of the Insured Person, or may result in permanent disability. Herewith, a prerequisite for reimbursement of medical expenses by the Insurer is confirmation by the Assistance of the critical condition of the Insured Person;

12.1.3. Treatment of disease or injury caused by force majeure, including natural disasters and their consequences, epidemics, quarantine, unfavorable meteorological conditions, provided that the territory that the Insured is located is officially recognized by the competent state authorities (or has the status) of a potential natural disaster zone, quarantine territory, etc., if such an announcement was made before the entry into legal force of the Insurance Contract;

12.1.4. Provision of dental services, except for the costs of examination, emergency treatment and medicines in case of acute toothache and/or inflammation of the tissues surrounding it, as well as in case of tooth injury as a result of an accident;

12.1.5. Abortion, as well as provision of medical services related to pregnancy (except for conditions threatening the life of the Insured Person), as well as provision of medical services from the 28th (twenty-eighth) week of pregnancy, childbirth and postnatal care of the child;

12.1.6. Artificial insemination, infertility treatment, measures to prevent pregnancy;

12.1.7. Any prosthetics, including eye prosthetics and provision of dentures or artificial teeth;

12.1.8. Purchase and repair of aids (glasses, contact lenses, hearing aids, prostheses, wheelchairs, crutches, walking sticks, expenses for multiple collapsible braces, orthoses and slings, etc.);

12.1.9. Diagnostic manipulations (including consultations and laboratory/instrumental studies) and treatments that are not mandatory but necessary in case of accident and/or sudden health disorder, or are not related to the occurrence of the insurance event;

12.1.10. Medical and other services not provided for by the Insurance Contract (relevant Insurance Program) or in excess of the limits determined by the relevant Insurance Program;

12.1.11. Medical and other additional services that were not organized by Assistance in the manner determined by the insurance terms and conditions and/or without prior agreement with the Insurer;

12.1.12. Treatment not prescribed by physician;

12.1.13. Any planned surgeries; surgeries related to reconstructive and plastic surgery, including related to the elimination of cosmetic defects;

12.1.14. Preventive measures, vaccination, disinfection of any items, general medical examinations, medical examination, issuance of medical certificates and certificates;

12.1.15. Treatment and/or care of the Insured Person by his/her relatives;

12.1.16. Rehabilitation therapy, rehabilitation, physiotherapy, exercise therapy;

12.1.17. Corrective and(or) rehabilitation treatment, treatment at resorts, sanatoriums, rest homes and other health resorts;

12.1.18. Any surgeries on the heart, blood vessels and cardiac conduction system, angiography, angioplasty and bypass surgery, even if there is a medical indication for their performance;

12.1.19. Treatment by methods of manual therapy, reflexology (acupuncture), chiropractic, massage, homeopathy, phyto- and natural therapy and other methods of unprovable medicine; treatment with drugs

12.1.17. Кориговальне та (або) реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах;

12.1.18. Будь-які операції на серці, судинах та провідній системі серця, ангіографію, ангіопластику та шунтування, навіть за наявності медичних показань для їх проведення;

12.1.19. Лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини; лікування препаратами, які не спрямовані на лікування захворювання (симбіотики, вітаміни, БАДи тощо);

12.1.20. Надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: палати типу „люкс“, радіоприймача, кондиціонера, зволожувача повітря, телевізора, телефону, а також послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача, послуги таксі тощо;

12.1.21. Лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли, на думку лікаря, призначеного Асистуючою компанією, медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;

12.1.22. Планове лікування, проведення всіх планових досліджень, медичних процедур та діагностики, що за медичними показаннями можуть бути відкладені до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання, в тому числі повторні візити з метою контролю стану, зняття швів, перев'язки, гіпсу тощо;

12.1.23. Медичну репатріацію, якщо стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє їй до країни постійного проживання самостійно або в супроводі без застосування спеціальних видів транспортування, передбачених відповідною опцією Програми страхування; медичну репатріацію, що була призначена без погодження з Асистуючою компанією (Страховиком).

12.1.24. Медичні послуги, що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;

12.1.25. Транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу до іншого без участі Асистансу або без попереднього погодження з Асистансом або Страховиком, а також без наявності медичних показів;

12.1.26. Лікування захворювань та травм, пов'язаних з грубим порушенням загально прийнятих правил особистої гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, які рекомендовані представником туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів тощо).

12.1.27. Будь-які витрати, здійснені без погодження з Страховиком та/або Асистансом (за винятком надзвичайних обставин, що становили загрозу життю Застрахованої особи за медичними показаннями);

12.1.28. Медичну евакуацію та/або медичну репатріацію у випадку, коли, на думку лікаря Асистансу, страхувальник (Застрахована особа) фізично спроможна повернутися у країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажира;

12.1.29. Проведення вакцинацій та щеплень;

12.1.30. Лікування хронічних захворювань (крім випадків загострення хронічної хвороби, що загрожує життю та вимагає надання негайної невідкладної медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни свого постійного проживання);

12.1.31. Лікування психічних захворювань, депресій, розладів поведінки;

12.1.32. Лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;

12.1.33. Медичне обслуговування або лікування Страхувальника (Застрахованої особи), що не є невідкладним і не призначене в результаті раптового розладу здоров'я та/або нещасного випадку (планові або повторні/контрольні консультації, планові або повторні обстеження та лікувальні/діагностичні процедури, що за медичними показаннями можуть бути відкладені до повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання);

12.1.34. Хвороби крові та кровотворних органів;

12.1.35. Грибкові та дерматологічні хвороби, а також алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню;

that are not aimed at treatment of disease (symbiotic, vitamins, dietary supplements, etc.);

12.1.20. Provision of additional comfort facilities and services, namely: luxury wards, radio, air conditioner, humidifier, TV, telephone, as well as the services of a hairdresser, masseur, beautician, translator, taxi service and the like;

12.1.21. Treatment in the territory of the country (place) of temporary stay after the date when, in the opinion of a physician appointed by the Assisting Company, medical repatriation is possible for medical reasons, except for expenses incurred for the purpose of medical repatriation of the Insured Person;

12.1.22. Routine treatment, all planned examinations, medical procedures and diagnostics, for medical reasons, may be postponed until the Insured Person returns to the country of permanent residence, including repeated visits to monitor the condition, removal of stitches, dressings, plaster, etc.;

12.1.23. Medical repatriation, if the health condition of the Insured Person allows to go to the country of permanent residence by his/her own or accompanied without the use of special types of transportation provided for by the corresponding option of the Insurance Program; medical repatriation, which was appointed without the consent of the Assisting Company (Insurer).

12.1.24. Medical services exceeding necessary, when the health status of the Insured Person has improved to the extent that he/she by his/her own or accompanied by another person can return to the country or places of permanent residence;

12.1.25. Transportation of the Insured Person from one medical establishment to another without the participation of the Assistance or without prior agreement with the Assistance or the Insurer, as well as without medical indications;

12.1.26. Treatment of diseases and injuries associated with gross violation of generally accepted rules of personal hygiene, personal safety and rules of conduct in recreation areas, recommended by the representative of the tour operator and instructions from employees of accommodation bases (hotels, beaches, etc.).

12.1.27. Any expenses incurred without the consent of the Insurer and/or Assistance (except for extraordinary circumstances, posed a threat to the life of the Insured Person for medical reasons);

12.1.28. Medical evacuation and/or medical repatriation in cases when, in the opinion of the Assistance physician, the Policy Holder (Insured Person) is physically able to return to the country of permanent residence by his/her own, as an ordinary passenger;

12.1.29. Vaccination;

12.1.30. Treatment of chronic diseases (except for cases of exacerbation of a chronic life-threatening disease and requires immediate provision of emergency medical care, which cannot be postponed until the moment when the Insured Person returns to his/her country of permanent residence);

12.1.31. Treatment of mental illness, depression, conduct disorders;

12.1.32. Treatment of any side, concomitant diseases and/or symptoms;

12.1.33. Medical care or treatment of the Policyholder (Insured Person) that is not urgent and is not intended as a result of a sudden health disorder and/or accident (planned or repeated/control consultations, planned or repeated examinations and medical/diagnostic procedures, for medical reasons may be postponed before the return of the Insured Person to the country of permanent residence)

12.1.34. Diseases of blood and blood-forming organs;

12.1.35. Fungal and dermatological diseases, as well as allergic dermatitis of any origin, first and second degree sunburn;

12.1.36. Усі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів, операцій із застосуванням металоостеосинтезу.

12.1.37. Витрати, які не відносяться до медичних послуг (податкові, адміністративні, страхові, реєстраційні збори тощо).

12.2. Крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи, Страховик не відшкодовує медичні витрати на діагностику та лікування:

12.2.1. Онкологічних захворювань, хвороб ендокринної системи, цукрового діабету; діагностика та лікування аутоімунних захворювань, окрім випадків зняття болювого синдрому;

12.2.2. Нервових (крім невритів) та психічних захворювань і розладів, судомних станів, неврозів (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо) та їхніх загострень, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження;

12.2.3. Уроджених аномалій, хронічних захворювань, хвороб, що почалися під час перебування в країні постійного проживання, а також станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;

12.2.4. Захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком;

12.2.5. Будь-якої хвороби або смерті, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІДом та (або) будь-якими формами гепатиту та їхніми наслідками;

12.2.6. Розладів слуху (наявністю сіркових пробок, ускладненнями внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води);

12.2.7. Будь-яких захворювань, що виникли поза межами строку та/або місця дії Договору.

12.3. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з:

12.3.1. Обставинами, про які Страхувальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати, але не вжив усіх заходів, що від нього залежать, щоб запобігти настанню страхового випадку;

12.3.2. Лікуванням на території місця постійного проживання Застрахованої особи;

12.3.3. Утриманням супутників подорожі або членів сім'ї Застрахованої особи під час стаціонарного лікування Застрахованої особи;

12.3.4. платним лікуванням в приватному медичному закладі, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування в державних/відомчих медичних закладах.

12.3.5. Виникненням події, внаслідок якої у Застрахованої особи виникає потреба в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг, забезпечення надання яких передбачене Договором страхування, до початку дії Договору страхування або після припинення його дії (припинення дії страхового захисту за Договором страхування).

Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, а Асистанс – у наданні послуг, передбачених Договором страхування, якщо зазначена подія сталася під час подорожі у час, коли встановлені згідно з пунктами 3.5.-3.7 цієї Оферти строки дії страхового захисту за Договором страхування припинилися;

12.4. Якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержати лікування, Страховик не відшкодовує медичні витрати на лікування, що є метою поїздки, або передбачуване лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням.

12.5. Страховик не відшкодовує витрати Застрахованої особи, понесені нею внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Застрахованої особи банківської картки.

12.6. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи на території страхування у межах встановленої у Договорі страхування страхової суми до тих пір, доки стан здоров'я Застрахованої особи не дозволить перевезти його в Україну (країну постійного проживання, громадянства) для продовження лікування в умовах стаціонару.

12.7. В разі відсутності договірних відносин Асистуючої компанії (Страховика) з медичними закладами за місцем перебування Застрахованої особи за кордоном, Застрахована особа самостійно оплачує медичні послуги при настанні страхового випадку і надає документи в порядку та строки передбачені п. 13 цієї Оферти.

12.8. Визначені в цьому Розділі виключення є додатковими до загальних виключень, зазначених в п. 7 Розділу I цієї Оферти.

12.1.36. All types of plastic and cosmetic surgeries and procedures, all types of prosthetics, organ transplantation, surgeries using metal osteosynthesis.

12.1.37. Expenses not related to medical services (tax, administrative, insurance, registration fees, etc.).

12.2. Except for cases requiring urgent medical care to save the life of the Insured Person, the Insurer shall not reimburse medical expenses for diagnosis and treatment:

12.2.1. Oncological diseases, diseases of the endocrine system, diabetes mellitus, diagnostics and treatment of autoimmune diseases, except for cases of pain relief;

12.2.2. Nervous (except neuritis) and mental illnesses and disorders, convulsive conditions, neuroses (panic attacks, depression, hysterical syndromes, etc.) and their exacerbations, as well as traumatic injuries associated with them;

12.2.3. Congenital anomalies, chronic diseases, diseases that started during the stay in the country of permanent residence, as well as conditions in the presence of which there is a real risk of fast deterioration of health;

12.2.4. Diseases, predominantly sexually transmitted, as well as diseases that are their consequence;

12.2.5. Any disease or death caused by HIV infection, AIDS and/or any form of hepatitis and their consequences;

12.2.6. Hearing disorders (presence of cerumen impaction, complications due to hypothermia and/or ingress of water);

12.2.7. Any diseases that have arisen outside the term and/or place of validity of the Contract.

12.3. The Insurer shall not reimburse expenses related to:

12.3.1. Circumstances that the Policy Holder (Insured Person) knew or should have known, but did not take all measures, depending on him/her to prevent the occurrence of the insurance event;

12.3.2. Treatment on the territory of the place of permanent residence of the Insured Person;

12.3.3. Support of travel companions or family members of the Insured Person during the inpatient treatment of the Insured Person;

12.3.4. paid treatment in a private medical establishment, if the Insured Person has the right for free medical care in state/departmental medical establishments.

12.3.5. Occurrence of the event as a result of which the Insured Person has a need to receive medical services and(or) additional services, the provision of which is provided for by the Insurance Contract, before the commencement date of the Insurance Contract or after its termination (termination of insurance coverage under the Insurance Contract).

The Insurer has the right to refuse to make the insurance payment, and the Assistance – to provide the services stipulated by the Insurance Contract, if the specified event occurred during the trip in a time when the periods of insurance coverage under the Insurance Contract established in accordance with clauses 3.5.-3.7 of the Insurance Contract are ceased;

12.4. If the Insured Person traveled in order to receive treatment or intended to receive treatment, medical expenses for the treatment, purpose of the trip, or the intended treatment, as well as expenses caused by the deterioration of the health condition or death of the Insured Person as a result of this treatment, shall not be reimbursed.

12.5. The Insurer shall not reimburse the expenses of the Insured Person incurred as a result of illegal transactions by third parties using a bank card lost or stolen from the Insured Person.

12.6. The Insurer reserves the right to pay for the treatment of the Insured Person in the territory of insurance within the limits of the insured amount established in the Insurance Contract until the health condition of the Insured Person allows him/her to be transported to Ukraine (country of permanent residence, citizenship) to continue treatment in a hospital.

12.7. In case of absence of contractual relations between the Assisting Company (Insurer) and medical establishment at the location of the Insured Person abroad, the Insured Person shall independently pay for medical services in case of occurrence of the insurance event and provides the documents in the manner and terms provided for in cl. 13 of this Offer

12.8. Exclusions defined in this section are additional to the general exclusions specified in cl. 7, Section I of the Offer.

13. Дії СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.

13.1. Дії Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання страхового випадку:

13.1.1. Перед тим, як звернутись по допомогу до медичного закладу чи лікаря, у будь-який час доби звернутися за телефонами, вказаним в Частині 1 цього Договору (Страховому Полісі), до Асистуючої компанії, яка є представником Страховика за кордоном, або до Страховика і отримати рекомендації щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

- **прізвище та ім'я Страхувальника (Застрахованої особи);**
- **найменування Страховика, номер Договору страхування;**
- **Програму страхування, розмір страхової суми та територію дії Договору страхування;**
- **обставини настання події та характер необхідної допомоги;**
- **місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;**
- **іншу інформацію на запит Асистуючої компанії або Страховика.**

Якщо зв'язок із Асистансом (Страховиком) є неможливим з технічних причин та/або внаслідок різкого погіршення стану здоров'я Застрахованої особи і Застрахованій особі надана невідкладна медична допомога, вона повинна після стабілізації стану здоров'я, за першої нагоди, пред'явити представникам медичної служби Договору страхування та негайно (в строк **не пізніше ніж 2 доби** з дати настання події) зателефонувати до Асистансу (Страховика).

Зазначені дії від імені Застрахованої особи може здійснити Страхувальник або третя особа (родич, співробітник Страхувальника (Застрахованої особи), керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

13.1.2. Після звернення до Асистансу (Страховика) виконувати надані нею рекомендації щодо своїх подальших дій;

13.1.3. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

13.1.4. В частині обставин страхового випадку, звільнити третіх осіб (лікарів, медичні заклади, інші організації, які надавали послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася), від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також дітей, які подорожують разом з нею, або інших осіб, якими вона опікується, у випадку якщо вони є Застрахованими особами за цим Договором;

13.1.5. Надати скан-копію свого закордонного паспорту при зверненні до Асистансу для підтвердження строків перебування за кордоном;

13.1.6. Якщо Застрахована особа (або особа, що представляє її інтереси) з об'єктивних причин (знаходження у тяжкому стані, відсутність телефонного зв'язку тощо) не зв'язалася із Асистуючою компанією для отримання Застрахованою особою необхідних послуг та внаслідок цього була вимушена самостійно оплатити медичні та (або) додаткові послуги, відшкодування вартості яких передбачене Договором страхування, вона зобов'язана погодити це з Асистансом або Страховиком **протягом 24 годин** після отримання таких послуг;

13.1.7. Якщо Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) без/за погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно сплатив вартість отриманих Застрахованою особою медичних послуг та/або додаткових послуг та/або придбав медикаменти або витратні медичні матеріали, він повинен протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір фактичних збитків відповідно до пункту 13.2.-13.5 цієї Оферти.

13.1.8. У випадку смерті Застрахованої особи спадкоємець зобов'язаний надати Страховику заяву про виплату страхового відшкодування протягом **30 днів** від дати прийняття спадщини та всі необхідні документи, які обґрунтовують причину настання страхового випадку та розмір завданого збитку.

13.1.9. Виконувати інші дії передбачені цією Офертою.

13.2. Документами, що підтверджують факт, обставини та причини настання страхового випадку та розмір збитку (здійснених витрат), можуть бути:

13. POLICY HOLDER (INSURED PERSON) ACTIONS IN CASE OF INSURANCE EVENT. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE OCCURRENCE OF THE INSURANCE EVENT AND THE AMOUNT OF LOSSES IN CASE OF INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

13.1. Policy Holder (Insured Person) actions in case of insurance event:

13.1.1. Before attending the medical establishment or a physician, at any time of the day, contact by phone numbers specified in part 1 of this Contract (Insurance Policy), to the Assistance Company, which is the Insurer's representative abroad, or to the Insurer and receive recommendations regarding further actions and provide the following information:

- **surname and name of the Policy Holder (Insured Person);**
- **name of the Insurer, number of the Insurance Contract;**
- **Insurance Program, the amount of the insurance coverage and the territory of the Insurance Contract;**
- **circumstances of the occurrence of the event and the nature of the assistance needed;**
- **location of the Insured Person and contact telephone number;**
- **other information upon request of the Assisting Company or the Insurer.**

If communication with the Assistance (the Insurer) is impossible due to technical reasons and/or due to breakdown in health status of the Insured Person and the Insured Person has been provided with emergency medical assistance, he/she must as soon as possible after stabilization of the health condition to present the Insurance Contract to the representatives of the medical service and immediately (during the period **not later than 2 days** from the date of the event) call the Assistance (Insurer).

These actions on behalf of the Insured Person can be carried out by the Policy Holder or a third party (relative, employee of the Policy Holder (Insured Person), head or member of a tourist group, employee of a medical establishment, physician, etc.).

13.1.2. After contacting the Assistance (Insurer), follow the recommendations provided regarding further **actions**.

13.1.3. Receive treatment as prescribed by physician, to comply with the instructions of medical personnel, to comply with the order of the medical establishment which the Insured person is provided medical care in.

13.1.4. In part of circumstances of the insurance event, release third parties (physicians, medical establishment, other organizations that provided services to the Insured Person or that have information about the event occurred) from liability of non-disclosure of medical and commercial secrets about the Insured Person, as well as children traveling with him/her, or other persons who he/she cares for, if they are the Insured Persons under this Contract

13.1.5. Provide a scanned copy of your passport when contacting the Assistance to confirm the period of your stay abroad;

13.1.6. If the Insured Person (or a person representing his/her interests) for objective reasons (being in a grave condition, without telephone communication, etc.) did not contact the Assistance Company to receive the necessary services by the Insured Person and as a result had to pay for medical and(or) additional services independently, the reimbursement of the cost which is stipulated by the Insurance Contract, he/she is obliged to agree this with the Assistance or the Insurer within **24 hours** after receiving such services;

13.1.7. If the Policy Holder (Insured Person or a person representing his/her interests), without/in agreement with the Assistance (Insurer), paid independently the cost of the medical services and/or additional services received by the Insured person and/or purchased medicines or medical supplies, he/she shall provide the Insurer with documents confirming the fact, reasons and circumstances of the occurrence of the insured event and the amount of actual losses in accordance with clause 13.2.-13.5 of the Offer within **15 (fifteen) calendar days** from the date of return from the trip.

13.1.8. In case of the death of the Insured Person, the heir is obliged to provide the Insurer with an application for payment of insurance indemnity within **30 days** from the date of acceptance of the inheritance and all the necessary documents that substantiate the cause of the insurance event and the amount of damage caused.

13.1.9. Perform other actions provided by this Offer.

13.2. Documents confirming the fact, circumstances and reasons for the occurrence of the insurance event and the amount of damage (expenses incurred) may be:

13.2.1. Довідка медичного закладу про амбулаторне або стаціонарне лікування Застрахованої особи із зазначенням строку лікування, діагнозу захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря;

13.2.2. Документи Асистансу щодо вартості здійснених медичних та інших витрат;

13.2.3. Оригінали деталізованих рахунків щодо вартості наданих медичних послуг;

13.2.4. Оригінал медичного рапорту на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою медичного закладу, у якій була надана допомога Застрахованій особі (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру договору, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

13.2.5. У разі надання стоматологічної допомоги – відповідна довідка із зазначенням зубів, що підлягали лікуванню, та деталізований опис проведеного лікування;

13.2.6. Оригінали рецептів з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;

13.2.7. Оригінали чеків, квитанцій про оплату придбаних медикаментів або витратних медичних матеріалів;

13.2.8. Оригінали телефонних рахунків, що підтверджують факт звернення до абонентів, зазначених у Договорі страхування, та вартість проведених переговорів;

13.2.9. Документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують оплату вартості інших здійснених витрат;

13.2.10. Інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитку, на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку.

13.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа), в тому числі за погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно сплатив вартість отриманих Застрахованою особою медичних послуг та/або додаткових послуг та/або придбав медикаменти або витратні медичні матеріали, він повинен протягом визначених строків (пункт 13.1.7 Оферти) надати Страховику такі документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків:

13.3.1. Заяву про здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком;

13.3.2. Договір страхування (Частина 1);

13.3.3. Паспорт країни громадянства Застрахованої особи або батьків Застрахованої особи, та Свідоцтво про народження, якщо Застрахованою особою є неповнолітня дитина;

13.3.4. Закордонний паспорт Страхувальника (Застрахованої особи);

13.3.5. Довідку про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податку (ідентифікаційний номер) Страхувальника (Застрахованої особи) (за наявності);

13.3.6. Документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків згідно з п. 13.2-13.5 цієї Оферти.

13.4. Якщо, у разі смерті Застрахованої особи, вартість репатріації останків та/або кремації її тіла була сплачена третьою особою без участі Асистуючої компанії, то для отримання страхового відшкодування ця третя особа повинна надати Страховику, протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** після повернення останків або праху Застрахованої особи на територію України, письмову заяву на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою, Договір страхування (1 Частина) і копії наступних документів:

- свідоцтво про смерть Застрахованої особи;
- документ про кремацію або поховання останків Застрахованої особи на території країни перебування (в разі проведення третьою особою (отримувачем страхової виплати) таких дій);
- документи про сплату послуг перевезення останків або кремації тіла Застрахованої особи;
- паспорт країни громадянства отримувача страхової виплати;
- довідку про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податку (ідентифікаційний номер) отримувача страхової виплати (за наявності).

13.2.1. Certificate of medical establishment on outpatient or inpatient treatment of the Insured Person indicating the duration of treatment, diacrisis of the disease that caused the disease, general conclusions of the physician;

13.2.2. Assistance documents on the cost of medical and other expenses incurred;

13.2.3. Originals of detailed bills for the cost of medical services provided;

13.2.4. Original medical report on letterhead and/or with the original seal of the medical establishment which assistance was provided in to the Insured Person (or physician who provided assistance), indicating the name and surname of the Insured Person, contract number, date of visit of the Insured Person to the medical establishment (physician), preliminary and clinical diacrisis, list and cost of the prescribed treatment; medical reports of physicians who provided medical services, results of laboratory and instrumental examinations. Medical report or physician's certificate shall be certified by the signature of the Insured Person on the receipt of services specified in it;

13.2.5. In case of providing dental care – an appropriate certificate indicating the teeth that cannot be treated, and a detailed description of the treatment performed shall be provided;

13.2.6. Originals of prescriptions with a seal indicating the name of the physician, names of medicines, as well as original documents confirming the payment for medicines prescribed by the physician as a result of disease;

13.2.7. Originals of receipts, receipts of payment for purchased medicines or medical supplies;

13.2.8. Originals of telephone bills, confirming the fact of contacting the subscribers specified in the Insurance Contract and the cost of negotiations;

13.2.9. Documents (checks, bills, receipts) confirming the payment of cost of other expenses incurred;

13.2.10. Other documents confirming the fact, reasons and circumstances of the occurrence of the insurance event and the amount of damage upon request of the Insurer, taking into account the specifics of a particular insurance event.

13.3. If the Policy Holder (Insured Person) including upon agreement with the Assistance (Insurer), paid independently the cost of medical services and/or additional services received by the Insured Person and/or purchased medicines or medical supplies, he/she shall provide the Insurer with the following documents confirming the fact, reasons and circumstances of the occurrence of the insurance event and the amount of losses within the specified terms (clause 13.1.7 of the Offer):

13.3.1. Application for insurance payment in the form established by the Insurer;

13.3.2. Insurance Contract (Part 1)

13.3.3. Passport of the country of citizenship of the Policy Holder (Insured Person) of parents and birth certificate, if the Insured Person is a minor child;

13.3.4. Passport of the Policy Holder (Insured Person);

13.3.5. Certificate of assignment of taxpayer registration card No. (identification number) of the Policy Holder (Insured person);

13.3.6. Documents confirming the fact, reasons and circumstances for the occurrence of the insurance event and the amount of damage According to clause 13.2-13.5, of the Offer.

13.4. If, in case of death of the Insured Person, the cost of repatriation of the remains and/or cremation of his/her body was paid by a third party without the participation of the Assisting Company, then in order to receive insurance indemnity, this third party shall provide the Insurer written application for receiving insurance indemnity in the form established by the Insurer, the Insurance Contract (Part 1) and copies of the following documents within **15 (fifteen) business days** after the return of the remains or ashes of the Insured Person to the territory of Ukraine:

- certificate of death of the Insured Person;
- document the cremation or burial of the remains of the Insured Person on the territory of the host country (in case of such actions by a third party (beneficiary of the insurance indemnity) of such actions);
- documents confirming payment for the services of transportation of remains or cremation of the body of the Insured Person;
- passport of the country of citizenship of the beneficiary of the insurance indemnity;
- certificate of assignment of taxpayer registration card No. (identification number) of the beneficiary of the insurance indemnity (if any).

13.5. Інші документи на вимогу Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, обсягу понесених збитків (здійснених витрат) та документи, необхідні для здійснення страхової виплати.

13.6. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити або збільшити перелік документів, визначений пунктами 13.2 – 13.5 цієї Оферти.

13.7. При невиконанні вимог, передбачених п.13.1.-13.6. цієї Оферти, Страховик має право відмовити в страховій виплаті.

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

14.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та (або) додаткових послуг в межах, встановлених Договором та Програмою страхування лімітів відповідальності Страховика з урахуванням франшизи (якщо вона встановлена у Договорі страхування) та інших умов Договору страхування.

14.2. Якщо в Договорі страхування передбачена франшиза, Страхувальник (Застрахована особа) повинна оплатити цю суму медичному закладові, лікареві або третій особі при наданні Застрахованій особі медичних та/або додаткових послуг, відшкодування вартості яких передбачене Договором страхування;

14.3. Додатковий перелік розмірів страхової виплати до встановлених Договором та Програмою страхування лімітів відповідальності Страховика:

14.3.1. Оплата вартості гіпербаричної терапії (барокамера), при цьому Страховик здійснює виплату у межах 10000 EUR/USD

14.3.2. Оплата витрат на пошук та рятування Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку в горах, на воді, під водою, в джунглях або інших віддалених місцевостях, включно із витратами на евакуацію гелікоптером з місця пригоди до медичного закладу. Максимальний розмір страхової виплати (ліміт відповідальності) за цим пунктом становить до 10% від зазначеної у Договорі страхової суми по страхуванню медичних витрат.

14.4. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги Застрахованій особі, шляхом:

14.4.1. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок Асистансу – якщо медичні та/або інші послуги надавалися Застрахованій особі за посередництвом Асистансу, що від імені і за дорученням Страховика організував та оплачував надані Застрахованій особі послуги;

14.4.2. Перерахування грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика/Асистансу надав послуги, оплата вартості яких передбачена Договором та Програмою страхування;

14.4.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) – якщо за попереднім погодженням зі Страховиком/Асистансом Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та/або додаткових послуг, оплата вартості яких передбачена Договором та Програмою страхування;

14.4.4. Страхувальнику (Застрахованій особі) особі в межах 200 (двохсот) євро в перерахунку на гривні за курсом Національного Банку України на дату оплати послуг в країні перебування – у випадку коли Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичних та/або додаткових послуг без належного повідомлення Страховика/Асистансу та/або без попереднього погодження вказаних витрат Страховиком/Асистансом – така виплата здійснюється виключно на розсуд Страховика.

14.5. Страхова виплата Страхувальнику (Застрахованій особі) здійснюється за офіційним обмінним курсом Національного банку України, встановленим на дату оплати відповідних медичних послуг. У цьому ж порядку визначається розмір франшизи, встановленої Договором страхування.

14.6. Якщо за окремою опцією страхування (видом витрат), відшкодування яких передбачене Договором та Програмою страхування, страхові випадки (витрати) наставали неодноразово, то страхова виплата за такою опцією страхування (видом витрат) не може перевищувати відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика, встановлений Договором та Програмою страхування.

13.5. Other documents upon request of the Insurer on the fact, circumstances, reasons for the occurrence of the insurance event, amount of losses incurred (expenses incurred) and documents required for the insurance indemnity.

13.6. Taking into account the specifics of a particular insurance event, the Insurer may decrease or increase the list of documents specified in clauses 13.2 – 13.5 of the Offer.

13.7. In case of failure to comply with the requirements provided for in clause 13.1.-13.6 of the Offer, the Insurer has the right to refuse to make insurance indemnity.

14. PROCEDURE, TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE INDEMNITY FOR INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

14.1. Amount of insurance indemnity is determined by the Insurer based on the cost of medical and(or) additional services actually provided to the Insured Person within the limits of the Insurer's liability limits established by the Contract and the Insurance Program, taking into account the deductible (if it is specified in the Insurance Contract) and other terms and conditions of the Insurance Contract.

14.2. If the Insurance Contract provides for a deductible, the Policy Holder (Insured Person) shall pay this amount to a medical establishment, physician or a third party when providing a medical and/or additional services to the Insured Person, reimbursement of the cost of which is stipulated by the Insurance Contract;

14.3. Additional list of the amount of insurance indemnity is established by the Contract and the Insurance Program of the limits of the Insurer's liability, taking into account the deductible (if it is specified in the Insurance Contract) and other terms and conditions of the Insurance Contract:

14.3.1 Payment of the cost of hyperbaric therapy (pressure chamber), while the Insurer pays out within 10 000 EUR/USD

14.3.2. Payment of expenses for the search and rescue of the Insured Person as a result of accident in the mountains, on the water, under water, in the jungle or other remote areas, including expenses for evacuation by helicopter from the scene of the accident to a medical establishment. Maximum amount of insurance payment (liability limit) for this item is up to 10% of the insured sum specified in the Contract for Insurance of Medical Expenses.

14.4. The insurance indemnity is carried out on the basis of documents confirming the fact of occurrence of the insurance event and the cost of actually provided (necessary) medical or other care to the Insured Person, by way of:

14.4.1. Transfer of funds to the bank account of the Assistance – if medical and/ or other services were provided to the Insured Person through the Assistance, which on behalf and as designated by the Insurer organized and paid for the services provided to the Insured Person;

14.4.2. Transfer of funds to the bank account of a medical or other establishment, upon the consent of the Insurer/Assistance, provided services, the payment of the cost of which is stipulated by the Contract and the Insurance Program;

14.4.3. To the Policy Holder (Insured Person), if, by prior agreement with the Insurer/Assistance, the Policy Holder (Insured Person) has paid independently the cost of medical and/or additional services, the cost of which is provided for by the Contract and the Insurance Program;

14.4.4. To the Policy Holder (Insured person) for a person within 200 (two hundred) EUR in UAH equivalent at the rate of the National Bank of Ukraine on the date of payment for services in the host country – if the Policy Holder (Insured Person) paid independently the cost of medical and/or additional services without proper notification the Insurer/Assistance and/or without prior approval of the specified costs by the Insurer/Assistance – such payment is made upon the Insurer's discretion.

14.5. Insurance indemnity to the Policy Holder (Insured Person) shall be carried out at the official exchange rate of the National Bank of Ukraine, established on the date of payment for the relevant medical services. The amount of the deductible established by the Insurance Contract shall be determined in the same manner.

14.6. If for a separate insurance option (type of expenses), the reimbursement of which is provided for by the Contract and the Insurance Program, insurance events (expenses) occurred repeatedly, then the insurance payment for such insurance option (type of expenses) cannot exceed the corresponding limit of liability (obligations) of the Insurer stipulated by the Contract and the Insurance Program.

14.7. Якщо на дату закінчення строку дії Договору або максимального строку перебування за кордоном (визначених в Частині 1 Договору), Застрахована особа ще перебуває за кордоном і її стан вимагає невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком Застрахована особа не може підлягати медичній репатріації в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи за кордоном терміном **не більше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів**, за умови що такі витрати не виходять за межі страхової суми, визначеної Договором.

14.8. Ці умови добровільного страхування медичних витрат (Розділ II) визначають особливості здійснення страхування медичних та додаткових витрат осіб, що подорожують за кордоном. Вони є доповненням до Загальних умов (Розділ I) цієї Оферти.

РОЗДІЛ III. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ОСІБ, ЩО ПОДорожують ЗА КОРДОНОМ

15. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

15.1. Предметом Договору страхування при страхуванні від нещасних випадків є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника або Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

15.2. Якщо дія Договору поширюється на страхування від нещасних випадків, Страховик несе зобов'язання при здійсненні Застрахованою особою:

- **одноразової подорожі** – з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України;
- **багаторазової подорожі** – за кожною поїздкою з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України.

15.3. При настанні нещасного випадку із Застрахованою особою, що подорожує за кордоном, Страховик несе відповідальність та Договір не втрачає чинності до повного виконання Страховиком своїх зобов'язань, згідно з умовами Договору страхування, в частині страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

16. СТРАХОВІ ВИПАДКИ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

16.1. Страховими випадками при страхуванні від нещасних випадків є підтверджені документами компетентних органів події, що відбулись внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору страхування із Застрахованою особою і з настанням яких виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування. До таких наслідків нещасного випадку відносяться:

- 16.1.1.** Встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності I, II, III групи в результаті настання нещасного випадку;
- 16.1.2.** Смерть Застрахованої особи у результаті настання нещасного випадку;
- 16.1.3.** Отримання Застрахованою особою травми, з переліку наведеного в Таблиці травм, що визначена Додатком №2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків Страховика, розміщених на сайті Страховика.

16.2. Смерть Застрахованої особи або встановлення їй первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку, що настав протягом періоду дії Договору, визнається страховим випадком, якщо вона сталася (встановлена) протягом строку, що не перевищує 6 (шість) місяців від дати настання нещасного випадку, незалежно від дати закінчення строку дії Договору страхування.

17. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

17.1. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок настав:

- 17.1.1.** за межами території дії Договору (території страхування);
- 17.1.2.** внаслідок порушення свідомості або погіршення психічного сприйняття Застрахованої особи під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів або отруєння Застрахованої особи зазначеними речовинами, а також медикаментів, що застосовувалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має відповідної кваліфікації, якщо це було причиною настання нещасного випадку;
- 17.1.3.** внаслідок перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа заздалегідь знала, що особа, яка керує

14.7. If, on the expiry date of the Contract or the maximum period of stay abroad (defined in Part 1 of the Contract), the Insured Person is still abroad and his/her condition requires urgent medical care, but for medical reasons the Insured Person cannot be subject to medical repatriation to the country of permanent residence, then the Insurer shall reimburse the costs of further urgent treatment of the Insured Person abroad for a period **not exceeding 15 (fifteen) calendar days**, upon condition that such costs do not go beyond the insurance coverage specified in the Contract.

14.8. The terms and conditions for voluntary insurance of medical expenses (Section II) determine the specifics of insurance of medical and additional expenses for persons traveling abroad. They are an addition to the General Terms and Conditions (Section I) of the Offer.

Section III. TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE AGAINST ACCIDENTS OF PERSONS TRAVELING ABROAD

15. SUBJECT OF THE INSURANCE CONTRACT IN CASE OF INSURANCE AGAINST ACCIDENTS

15.1. Subject of the insurance contract in case of insurance against accidents are property interests that do not contradict the law and are related to the life, health and working capacity of the Policy Holder or the Insured Person specified by the Policy Holder in the Insurance Contract by agreement of the Insured Person.

15.2. If the validity of the Contract applies to insurance against accidents, the Insurer bears obligations when the Insured Person makes:

- **single travel** – from the moment the Insured Person passes the border control when leaving the territory of Ukraine;
- **multiple travel** – for each trip from the moment the Insured Person passes the border control when leaving the territory of Ukraine.

15.3. In case of accident with the Insured Person traveling abroad, the Insurer is liable and the Contract does not expire until the Insurer fully fulfills its obligations, in accordance with the terms and condition of the Insurance Contract, in terms of insurance payment (payment of insurance indemnity).

16. INSURANCE EVENTS IN CASE OF ACCIDENT INSURANCE

16.1. Insurance events in case of accident insurance are events confirmed by documents of the competent authorities that occurred as a result of an accident that occurred during the validity period of the Insurance Contract with the Insured Person and upon the occurrence of which the Insurer becomes obliged to pay insurance indemnity in accordance with the terms and conditions of the Insurance Contract. Such consequences of the accident include:

- 16.1.1.** Assignment of primary disability group I, II, III for the Insured Person as a result of the accident;
- 16.1.2.** Death of the Insured Person as a result of the accident;
- 16.1.3.** The Insured Person received an injury according to the Table of injuries determined by Appendix No. 2 to the Insurer's Rules of Voluntary Insurance against Accidents posted on the Insurer's website

16.2. Death of the Insured Person or the assignment of primary disability as a result of the accident that occurred during the validity period of the Contract shall be recognized as an insurance event if it occurred (assigned) within a period not exceeding 6(six) months from the date of the accident, regardless of the expiration date of the Insurance Contract.

17. EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS AND LIMITATION OF INSURANCE IN CASE OF INSURANCE AGAINST ACCIDENTS

17.1. The Insurer shall not be liable under the Insurance Contract if the insurance events in relation to the Insured Person:

- 17.1.1.** Occurred outside the territory of the Contract (insurance territory);
- 17.1.2.** Arose as a result of impaired consciousness or deterioration in mental perception of the Insured Person under the influence of alcohol, narcotic substances, toxic drugs or poisoning of the Insured Person with these substances, as well as medicines were used not as prescribed by the Physician, or as prescribed by a person that does not have the appropriate qualification, if this was the reason of accident;
- 17.1.3.** Occurred as a result of the stay of the Insured Person in the vehicle, if the Insured Person knew in advance that the person driving such a vehicle

таким транспортним засобом, не має прав на керування транспортними засобами, або прав на керування транспортними засобами відповідної категорії, або перебуває в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або під впливом медикаментів, які вживалися не за призначенням лікаря, або за призначенням особи, яка не має на те відповідної кваліфікації.

17.2. Дія страхового захисту не поширюється на події, що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

17.3. Страховик не відшкодовує витрати на пошук і рятування Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку, на лікування, на транспортування до лікарні або до місця проживання Застрахованої особи, яка постраждала від нещасного випадку.

17.4. До страхових випадків при страхуванні від нещасних випадків не відносяться:

17.4.1. Загострення хронічного захворювання, інфекційні захворювання, харчова токсикоінфекція (за винятком правцю, сказу, кліщового енцефаліту та інших захворювань, що передаються через укуси тварин та комах);

17.4.2. Операційні та післяопераційні травми, що виникли внаслідок оперативного лікування будь-якого захворювання Застрахованої особи, крім наслідків нещасного випадку;

17.4.3. Зникнення Застрахованої особи безвісти;

17.4.4. Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи;

17.4.5. Інвалідність, травма, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-якої хвороби або захворювання, що не є наслідком настання нещасного випадку.

17.5. Визначені в цьому Розділі виключення є додатковими до загальних виключень, зазначених в п. 7 Розділу I цієї Оферти.

18. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

18.1. При страхуванні від нещасних випадків Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання нещасного випадку протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня повернення з подорожі за формою, встановленою Страховиком та протягом строку, погодженого зі Страховиком надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди відповідно до пункту 18.3-18.4 цієї Оферти.

18.2. У випадку смерті Застрахованої особи Страхувальник, Вигодонабувач (інша особа – отримувач страхової виплати (страхового відшкодування) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання нещасного випадку протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня настання страхового випадку та надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку відповідно до пункту 18.3-18.4 цієї Оферти.

18.3. Для одержання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) надають Страховику такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

18.3.1. Договір страхування (Частина 1 Договору);

18.3.2. Копія паспорта або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків;

18.3.3. Заяву про здійснення страхової виплати, встановленої Страховиком форми;

18.3.4. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;

18.3.5. Висновок про наявність або відсутність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент настання нещасного випадку (страхового випадку) (якщо Застраховану особу було направлено на таке дослідження працівниками відповідного компетентного державного органу країни тимчасового перебування Застрахованої особи);

18.3.6. Довідку медичного закладу встановленої форми, в якій повинні бути зазначені місце та час настання нещасного випадку, дата та час звернення до медичного закладу, діагноз і характер травми, опис події, що призвела до настання нещасного випадку;

does not have the right to drive vehicles or the right to drive vehicles of the corresponding category or is in a state of alcoholic, narcotic, toxic intoxication or under the influence of medications taken not according to the prescription of a physician or according to the prescription of a person who does not have the appropriate qualification.

17.2. The insurance coverage does not apply to events that occurred during the stay of the Insured Person in places of temporary detention, arrest, detention, imprisonment, as well as during arrest, detention and other operational investigative actions determined by the Criminal Procedure Code of Ukraine, except for cases when such detention, arrest, imprisonment are recognized as illegal.

17.3. The Insurer shall not reimburse the expenses for the search and rescue of the Insured Person who suffered from the accident, for treatment, for transportation to the hospital or to the place of residence of the Insured Person who suffered from the accident.

17.4. Insurance events in case of accident insurance do not include:

17.4.1. Exacerbation of a chronic disease, infectious diseases, foodborne illness (except tetanus, hydrophobia, tick-borne encephalitis and other diseases transmitted through bites of animals and insects);

17.4.2. Surgical and post-surgical injuries resulting from the surgical treatment of any disease of the Insured Person, except for the consequences of the accident;

17.4.3. Missing of the Insured Person;

17.4.4. Temporary incapacity for work of the Insured Person;

17.4.5. Disability, injury, death of the insured person as a result of any illness or disease that is not the result of the accident.

17.5. Exclusions defined in this section are additional to the general exclusions specified in cl. 7, Section I to the Offer.

18. POLICY HOLDER (INSURED PERSON) ACTIONS IN CASE OF INSURANCE EVENT. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE OCCURRENCE OF THE INSURANCE EVENT AND THE AMOUNT OF LOSSES IN CASE OF INSURANCE AGAINST ACCIDENTS

18.1. In case of insurance against accidents, the Policy Holder (Insured Person) is obliged to notify the Insurer in writing about the occurrence of an accident within **15 (fifteen) business days** from the date of return from the trip in the manner established by the Insurer and within the period agreed with the Insurer to provide documents confirming the fact of the reason and the circumstances of the insurance event and the amount of damage caused in accordance with clause 18.3-8.4 of the Offer.

18.2. In case of death of the Insured Person, the Policy Holder, the Beneficiary (another person – the Beneficiary of the insurance payment (insurance indemnity) is obliged to notify the Insurer in writing on the occurrence of the accident within **15 (fifteen) business days** from the date of the insurance event and provide documents confirming the fact of the cause and circumstances of the occurrence of the insurance event in accordance with clause 18.3.-18.4 of the Offer.

18.3. For the purpose to receive the insurance indemnity, the Policy Holder (Insured Person) shall provide the Insurer with the following documents necessary for making the insurance indemnity:

18.3.1. Insurance Contract (Part 1 of the Contract)

18.3.2. Copy of the passport or other identity document of the person applying for the insurance indemnity, copy of the certificate of assignment of the taxpayer registration card No.;

18.3.3. Application on the insurance indemnity in the form established by the Insurer;

18.3.4. Medical record extract of outpatient or inpatient treatment, signed by the authorized person and certified by the seal of medical establishment;

18.3.5. Conclusion on the presence or absence of alcoholic, toxic or drug intoxication of the Insured Person at the time of accident (insurance event) (if the Insured Person was sent for such examination by employees of relevant competent state body of the country of temporary residence of the Insured Person);

18.3.6. Certificate from medical establishment of the approved form containing the place and time of accident, date and time of contacting the medical establishment, diacrisis and nature of the injury, description of the event that led to the occurrence of the accident;

18.3.7. Документ відповідного компетентного державного органу (поліції тощо) про факт та обставини настання нещасного випадку, якщо представника зазначеного компетентного органу було викликано на місце події.

18.3.8. Інші документи на вимогу Страховика.

18.4. Крім того, настання страхового випадку (в залежності від його характеру) та розмір страхових виплат додатково підтверджують такі документи:

18.4.1. При встановленні Застрахованій особі I–III групи інвалідності – розширений висновок медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення групи первинної інвалідності із зазначенням причини, що її спричинила (захворювання тощо);

18.4.2. У разі отримання Застрахованою особою травми – акт про нещасний випадок або документи медичних закладів (виписки з карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, інші документи про отримання медичної допомоги при настанні травми);

18.4.3. У разі смерті Застрахованої особи – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть; довідка медичного закладу про причину смерті; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; оригінал свідоцтва або нотаріально засвідчена копія про право на спадщину.

18.5. При невиконанні вимог, передбачених п.18.1-18.2. цієї Оферти, в частині дотримання строків надання документів, та/або ненадання документів передбачених п. 18.3.-18.4 цієї Оферти, Страховик має право відмовити в страховій виплаті.

19. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

19.1. При страхуванні від нещасних випадків страхові виплати здійснюються у таких розмірах:

19.1.1. У разі встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати залежить від встановленої групи інвалідності:

– для I групи інвалідності – 90 % страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;

– для II групи інвалідності – 70 % від страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;

– для III групи інвалідності – 50 % від страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;

– в разі встановлення статусу дитини-інваліда – 50 % від страхової суми за страхуванням від нещасного випадку;

19.1.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку виплачується 100 % страхової суми за страхуванням від нещасного випадку.

19.1.3. У разі отримання Застрахованою особою травми – згідно з Таблицею травм, що визначена Додатком №2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків Страховика, розміщених на сайті Страховика.

19.2. Страхова виплата за страхуванням від нещасного випадку здійснюється в національній валюті України.

20. Ці умови добровільного страхування від нещасних випадків (Розділ III) визначають особливості здійснення страхування від нещасних випадків осіб, що подорожують за кордоном. Вони є доповненням до Загальних умов (Розділ I) цієї Оферти.

РОЗДІЛ IV. УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ

21. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ

21.1. Предметом Договору при страхуванні фінансових ризиків є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача, що не суперечать закону, пов'язані з матеріальними збитками (фінансовими втратами), які виникли внаслідок настання подій:

- викрадення або втрата документів;
- затримка авіарейсу більше, ніж на 3 години;
- викрадення або втрата ключів від будинку / квартири;
- викрадення або втрата ключів від автомобіля;
- викрадення готівки;
- викрадення або втрата банківської платіжної картки.

21.2. Договір поширюється на випадки, що сталися під час подорожі Застрахованої особи за кордоном (після моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю під час виїзду за кордон

18.3.7. Document of relevant competent state authority (police, etc.) on the fact and circumstances of the accident, if a representative of the said competent authority was called to the place of accident.

18.3.8. Other documents upon request of the Insurer.

18.4. Further, the occurrence of the insurance event (depending on its nature) and the amount of insurance indemnity shall be confirmed additionally with the following documents:

18.4.1. When assigning the disability groups I-III to the Insured Person – an extended conclusion of medical and social expert commission (MSEC) on establishment of a primary disability group with an indication of the reason it was caused by (diseases, etc.);

18.4.2. If the Insured Person receives an injury – an accident report or documents from medical establishment (medical record extract of outpatient or inpatient patient, other documents on receiving medical care in case of injury);

18.4.3. In case of death of the Insured Person – a notarized copy of the certificate of death; certificate of medical establishment on the cause of death; materials of the competent authorities investigating the causes of death; original certificate or notarized copy of the certificate of inheritance right.

18.5. In case of failure to comply with the requirements provided for in clause 18-1.18-2. of the Offer, in terms of compliance with the deadlines for the provision of documents and/or failure to provide documents provided for in cl. 18.3.-18.4 of the Offer, the Insurer has the right to refuse to make insurance indemnity.

19. PROCEDURE, TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE PAYMENT IN CASE OF ACCIDENT INSURANCE

19.1. In case of insurance against accidents, insurance indemnity shall be made in the following amounts:

19.1.1. If the Insured Person is recognized as disabled as a result of the accident, the amount of the insurance indemnity depends on the assigned disability group:

- for the I group of disability – 90% of the insurance coverage for insurance against accidents;

- for the II group of disability – 70% of the insurance coverage for insurance against accidents;

- for the III group of disability – 50% of the insurance coverage for insurance against accidents;

- in case of assigning the status of disabled child – 50% of the insurance coverage for insurance against accidents;

19.1.2. In case of the death of the Insured Person as a result of an accident, 100% of the insurance coverage for insurance against accident shall be paid.

19.1.3. If the Insured person receives an injury – according to the Table of injuries determined by Appendix No. 2 to the Insurer's Rules of Voluntary Insurance against Accidents posted on the Insurer's website.

19.2. Insurance indemnity for insurance against accidents shall be made in the national currency of Ukraine.

20. The terms and conditions for voluntary insurance of against accidents (Section III) determine the specifics of insurance against accidents for persons traveling abroad. They are an addition to the General Terms and Conditions (Section I) of the Insurance Terms and Conditions.

Section IV. TERMS AND CONDITIONS OF VOLUNTARY INSURANCE OF FINANCIAL RISKS

21. SUBJECT OF THE INSURANCE CONTRACT UNDER INSURANCE OF FINANCIAL RISKS

21.1. The subject matter of the Contract for the insurance of financial risks is the property interests of the Insured (Insured person) or the Beneficiary, which do not contradict the law, related to material losses (financial losses) that arose as a result of the occurrence of events- theft or loss of documents;

- the flight is delayed for more than 3 hours;

- theft or loss of house/apartment keys;

- theft or loss of car keys;

- theft of cash;

- theft or loss of a bank payment card.

21.2. The contract applies to incidents that occurred during the Insured Person's trip abroad (after the Insured Person passes passport control when traveling abroad and before the Insured Person passes passport

та до моменту проходження паспортного контролю при поверненні Застрахованої особи в країну постійного проживання).

22. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. СТРАХОВІ РИЗИКИ ПРИ СТРАХУВАННІ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ

22.1. Страховим випадком при страхуванні фінансових ризиків є факт понесення Страхувальником (Застрахованою особою) або Вигодонабувачем матеріальних збитків (фінансових втрат) внаслідок настання із Страхувальником (Застрахованою особою) передбачених Програмою страхування випадків під час подорожі за кордон, що сталася під час дії Договору страхування та підтверджена документами компетентних організацій та установ, а саме:

- у разі викрадення або втрати документів – фінансових витрат на відновлення викрадених або втрачених документів в межах ліміту, визначеного Програмою страхування за Полісом;
- у разі затримки авіарейсу більше, ніж на 3 години – фінансових витрат на апартаменти/кімнату відпочинку/номер в готелі, якщо подія відбулася не на території постійного проживання Застрахованої особи, в межах ліміту, визначеного Програмою страхування за Полісом;;
- у разі викрадення або втрати ключів від будинку / квартири – фінансових витрат на відновлення викрадених або втрачених ключів від будинку / квартири в межах ліміту, визначеного Програмою страхування за Полісом;
- викрадення або втрата ключів від автомобіля – фінансових витрат на відновлення викрадених або втрачених ключів від автомобіля в межах ліміту, визначеного Програмою страхування за Полісом;
- у разі викрадення готівки – фінансових потреб Страхувальника (Застрахованої особи) на придбання товарів першої необхідності у зв'язку з викраденням готівки в межах ліміту, визначеного Програмою страхування за Полісом;
- викрадення або втрата банківської платіжної картки – фінансових витрат на відновлення викрадених або втрачених ключів від автомобіля в межах ліміту, визначеного Програмою страхування за Полісом.

23. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ

23.1. До страхових випадків не відносяться та виплата страхового відшкодування не здійснюється, якщо збитки Страхувальника (Застрахованої особи) пов'язані з подією, що:

- 23.1.1. Сталася внаслідок обставин, про які Страхувальник або Застрахована особа знали або повинні були знати;
- 23.1.2. Сталася внаслідок навмисних дій (бездіяльності) Страхувальника (Застрахованої особи) та/або зацікавлених третіх осіб, що призвело до настання страхового випадку, а також здійснення або спроби здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) злочинних дій або адміністративних правопорушень;
- 23.1.3. Сталася внаслідок необережності Страхувальника (Застрахованої особи) та/або зацікавлених третіх осіб, коли особа передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховувала на те, що вони не настануть.
- 23.1.4. Сталася внаслідок будь-яких подій, не підтверджених документально;
- 23.1.5. Стосується відшкодування моральної шкоди, упущеної вигоди, неустойки (штрафу, пені), інших непрямих збитків;
- 23.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

24. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ПРИ СТРАХУВАННІ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ

24.1. Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач (у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи) зобов'язаний:

- невідкладно повідомити Страховика про подію, яка стала причиною понесення страхових витрат і може бути визнана як страховий випадок,
- повідомити відповідні компетентні органи в країні перебування та/або країні постійного проживання Застрахованої особи;
- вжити всіх можливих заходів по зменшенню розміру збитків (фінансових втрат);
- подати Страховику документальне підтвердження настання подій, передбачених п.21.1. цих Умов страхування, та розміру фінансових витрат в зв'язку з їх настанням.

control when the Insured Person returns to the country of permanent residence).

22. INSURANCE EVENT. INSURANCE RISKS IN CASE OF INSURANCE OF

22.1. An insured event in the insurance of financial risks is the fact that the Insured (Insured Person) or the Beneficiary incurs material losses (financial losses) as a result of the occurrence of events with the Insured (Insured Person) provided for by the Insurance Program during a trip abroad, which occurred during the validity of the Insurance Contract and are confirmed by documents competent organizations and institutions, namely:

- in case of theft or loss of documents – financial costs for the recovery of stolen or lost documents within the limit determined by the Insurance Program under the Policy;
- in the event of a flight delay of more than 3 hours - financial expenses for apartments/recreation room/hotel room, if the event did not take place in the territory of permanent residence of the Insured person, within the limit determined by the Insurance Program under the Policy;;
- in case of theft or loss of house/apartment keys – financial costs for recovery of stolen or lost house/apartment keys within the limit determined by the Insurance Program under the Policy;
- theft or loss of car keys – financial costs for the recovery of stolen or lost car keys within the limit determined by the Insurance Program under the Policy;
- in case of theft of cash - the financial needs of the Insured (Insured Person) for the purchase of essential goods in connection with the theft of cash within the limit determined by the Insurance Program under the Policy;
- theft or loss of a bank payment card – financial costs for the recovery of stolen or lost car keys within the limit determined by the Insurance Program under the Policy.

23. EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS AND LIMITATION OF INSURANCE IN CASE OF INSURANCE OF

23.1. Insurable events do not include and insurance compensation is not paid if the losses of the Insured (Insured Person) are related to an event that:

- 23.1.1. Occurred as a result of circumstances of which the Insured or the Insured knew or should have known;
- 23.1.2. Occurred as a result of intentional actions (inaction) of the Insured (Insured Person) and/or interested third parties, which led to the occurrence of an insured event, as well as the Insured (Insured Person) committing or attempting to commit criminal acts or administrative offenses;
- 23.1.3. Occurred as a result of carelessness of the Insured (Insured person) and/or interested third parties, when the person foresaw the possibility of dangerous consequences of his actions (or inaction), but recklessly expected that they would not occur;
- 23.1.4. Occurred as a result of any events not documented;
- 23.1.5. It applies to compensation for moral damage, lost profits, penalties (fines, fines), other indirect damages;
- 23.1.6. in other cases provided for by the legislation of Ukraine.

24. ACTIONS OF THE PARTIES IN THE OCCURRENCE OF AN INSURABLE INCIDENT WITH FINANCIAL RISKS INSURANCE

24.1. The Insured (Insured Person) or the Beneficiary (in case of death of the Insured (Insured Person) is obliged:

- to immediately inform the Insurer about the event that caused insurance costs to be incurred and can be recognized as an insured event,
- notify the relevant competent authorities in the country of stay and/or the country of permanent residence of the Insured Person;
- take all possible measures to reduce the amount of damages (financial losses);
- submit to the Insurer documentary confirmation of the occurrence of the events provided for in clause 21.1. of these Insurance Conditions, and the amount of financial expenses in connection with their occurrence.

25. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ

25.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування у розмірі реального матеріального збитку, але не більше страхової суми, передбаченої Договором страхування, та лімітів виплат, передбачених відповідною Програмою страхування, обраною Страхувальником в Страховому полісі.

25.2. Для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру понесених збитків, Страхувальник (Застрахована особа) або їх спадкоємці надають Страховику такі документи:

25.2.1. Заяву про здійснення виплати страхового відшкодування за формою, визначеною Страховиком;

25.2.2. Договір страхування (Частина 1 Договору);

25.2.3. Документи і відомості, необхідні для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку:

- у разі втрати речей – письмову заяву до Страховика про їх втрату;

- у разі їх викрадення – зареєстровану компетентними органами заяву про злочин, або, якщо випадок стався в аеропорту – довідку відповідних служб аеропорту;

- у разі затримки авіарейсу – офіційні документи авіаперевізника на підтвердження зазначених обставин та їх тривалості, розкладу авіарейсів, часу очікування вильоту;

25.2.4. Документи, що підтверджують фінансові витрати Страхувальника (Застрахованої особи) у зв'язку з настанням подій, визначених п.21.1. цих Умов страхування (касові чеки, банківські виписки, інші платіжні документи);

25.2.5. Документи, що згідно з чинним законодавством України дозволяють ідентифікувати одержувача страхового відшкодування;

25.2.6. Інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру понесених збитків, а також підтвердження наявності законного майнового інтересу особи, що є одержувачем страхового відшкодування.

25.3. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити або збільшити перелік документів, передбачених у пункті 25.2 цієї Оферти.

25.4. Зазначені у п. 25.2. цього Розділу документи надаються Страховику у формі оригінальних примірників, або нотаріально завірених копій, або копій, завірених організацією, що видала відповідний документ, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих копій з оригінальними примірниками документів.

25.5. Рішення про виплату та виплата страхового відшкодування та/або рішення про відмову у страховій виплаті приймається (здійснюється) Страховиком в строк, передбачений п.6. Розділу I цих Умов страхування.

РОЗДІЛ V. УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ ОСІБ, ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ЗА КОРДОНОМ

26. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ

26.1. Предметом страхування є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать закону, пов'язані з володінням, користуванням та розпорядженням багажем під час подорожі за кордоном.

26.2. В разі обрання відповідної опції страхування в Частині 1 при укладенні цього Договору страхування, цей Розділ V передбачає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до цієї Оферти шляхом відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі), збитку, понесеного ними у зв'язку з затримкою або втратою багажу.

27. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК ПРИ СТРАХУВАННІ БАГАЖУ

27.1. Страховим випадком при страхуванні багажу є факт понесення збитків Застрахованою особою, спричинених затримкою або втратою багажу, переданого під відповідальне зберігання перевізнику під час подорожі Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок раптової, непередбаченої і неавтоматичної події.

27.1.1. Втратою багажу за цим Договором вважається неповернення зданого на відповідальне зберігання перевізнику багажу більше, ніж протягом 21 календарного дня з моменту передачі багажу перевізнику.

27.1.2. Затримкою багажу за цим Договором є запізнення багажу на термін понад 12 годин з моменту прибуття в країну тимчасового перебування, у зв'язку з чим Страхувальнику (Застрахованій особі)

25. PROCEDURE AND CONDITIONS OF PAYMENT OF INSURANCE INDEMNIFICATION FOR FINANCIAL RISKS INSURANCE

25.1. The Insurer pays the insurance compensation in the amount of actual material damage, but not more than the insured sum provided for in the Insurance Contract and the payment limits provided for in the corresponding Insurance Program selected by the Insured in the Insurance Policy.

25.2. In order to confirm the fact, reasons, circumstances of the occurrence of the insured event and the amount of losses incurred, the Insured (Insured Person) or their heirs provide the Insurer with the following documents:

25.2.1. Application for insurance indemnity in the form determined by the Insurer;

25.2.2. Insurance Contract (Part 1 of the Contract)

25.2.3. Documents and information required to establish the fact, reasons and circumstances of the insurance event:

- in case of loss of things - a written statement to the Insurer about their loss;

- in case of their abduction - a statement of the crime registered by the competent authorities, or, if the incident happened at the airport - a certificate from the relevant airport services;

- in case of flight delay - official documents of the air carrier confirming the specified circumstances and their duration, flight schedule, waiting time for departure;

25.2.4. Documents confirming the Insured's (Insured Person's) financial expenses in connection with the occurrence of the events specified in Clause 21.1. of these Insurance Conditions (cashier's checks, bank statements, other payment documents);

25.2.5. Documents that, according to the current legislation of Ukraine, allow identification of the recipient of insurance compensation;

25.2.6. Other documents for a reasoned written request of the Insurer on the fact, circumstances, reasons for the occurrence of the insurance event, the amount of losses incurred, as well as confirmation of the existence of legitimate property interest of the person who is the recipient of the insurance compensation.

25.3. Taking into account the specifics of a particular insurance event, the Insurer may decrease or increase the list of documents specified in clause 25.2 of the Offer.

25.4. Specified in clause 25.2. of this Section, the documents are provided to the Insurer in the form of original copies, or notarized copies, or copies certified by the organization that issued the corresponding document, or simple copies, provided that the Insurer is given the opportunity to verify these copies with the original copies of the documents.

25.5. The decision on the payment and payment of insurance compensation and/or the decision on the refusal of the insurance payment shall be made (implemented) by the Insurer within the period provided for in Clause 6. Section I of these Insurance Terms and Conditions.

SECTION V. TERMS AND CONDITIONS FOR VOLUNTARY LUGGAGE INSURANCE OF PERSONS TRAVELING ABROAD

26. SUBJECT OF INSURANCE

26.1. The subject of insurance is the property interests of the Policy Holder (Insured Person), which does not contradict to the law, related to the ownership, use and disposal of luggage while traveling abroad.

26.2. If the appropriate insurance option is selected in part 1 when concluding this Insurance Contract, this Section V provides for the obligation of the Insurer to pay insurance indemnity in accordance with the Offer by reimbursing to the Policy Holder (Insured Person) for damage incurred by him/her as a result of delay or loss of the luggage.

27. INSURANCE EVENT IN CASE OF LUGGAGE INSURANCE

27.1. Insurance event in case of luggage insurance is the fact of incurring losses by the Insured Person caused by delay or loss of luggage transferred for safekeeping to the carrier during the travel of the Policy Holder (Insured Person) as a result of a sudden, unpredictable and unintentional event.

27.1.1. The loss of luggage under this Contract is considered to be the failure to return the luggage handed for safekeeping to the carrier for more than 21 calendar days from the moment the luggage was handed to the carrier.

27.1.2. Luggage delay under this Contract is the delay of luggage for a period exceeding 12 hours from the moment of arrival in the country of

завдані збитки, пов'язані з необхідністю придбання товарів першої необхідності.

28. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ БАГАЖУ

28.1. Страховиком не відшкодовуються збитки, що завдані внаслідок:

- 28.1.1. неувважності або грубої необережності Застрахованої особи;
- 28.1.2. пошкодження багажу;
- 28.1.3. втрати вантажу з вини Застрахованої особи;
- 28.1.4. недостачі багажу, переданого на відповідальне зберігання перевізнику;
- 28.1.5. затримки у доставці багажу в країну тимчасового перебування до 12 годин;
- 28.1.6. втрати вантажу, який не був зданий перевізнику на період здійснення поїздки.

28.2. Страховиком за цим Розділом V не відшкодовуються будь-які збитки якщо Страхувальником у Страховому полісі (Частині 1 Договору) не обрано додаткове покриття (опцію) у вигляді страхування багажу.

28.3. Страховиком не відшкодовуються послуги, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, в тому числі у разі:

- 28.3.1. Втрати багажу, його пошкодження або знищення, що сталися внаслідок конфіскації та/або знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування або внаслідок порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов перебування в готелі, аеропорті тощо;
- 28.3.2. Пошкодження (псування) вантажу внаслідок звичайної зношеності, прихованих дефектів, дії комах, хімічних реактивів або інших несприятливих умов, втрати з будь-яких нез'ясованих обставин або обставин які не підпадають під страховий захист за цим Договором страхування;
- 28.3.3. Втрати (пошкодження, знищення), разом з багажем готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, дорожніх чеків, цінних паперів, готівки, талонів на оплату палива, особливо цінних речей та предметів (ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, які мають художню або історичну цінність тощо), зубних протезів та контактних лінз тощо;
- 28.3.4. Відновлення втрачених документів Застрахованої особи, а саме: особистої, адміністративної та ділової документації, у тому числі комерційних або наукових матеріалів, дорожніх чеків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки тощо.

29. ДІЇ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЯКА МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

29.1. При настанні із застрахованим багажем події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 29.1.1. негайно, як тільки буде виявлено факт запізнення багажу, повідомити про це посадових осіб перевізника;
- 29.1.2. отримати підтвердуючі факт втрати (запізнення) багажу документи від перевізника;
- 29.1.3. протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку повідомити про це Страховика (Асистуючу компанію);
- 29.1.4. протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після закінчення подорожі надати Страховику заяву про страхову виплату та всі необхідні документи для подальшого прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

30. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

30.1. Для отримання страхового відшкодування за випадком затримки або втрати багажу Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику наступні документи:

- 30.1.1. проїзний квиток, на підставі якого Застрахована особа знаходилась у транспортному засобі;
- 30.1.2. багажна квитанція (талон), що підтверджує факт передачі багажу під відповідальність перевізника;
- 30.1.3. копія заяви перевізнику про втрату, повне або часткове пошкодження багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви (у разі втрати багажу);
- 30.1.4. копія рішення перевізника про визнання багажу остаточно втраченим (у разі втрати багажу) після проведення процедури пошуку, затвердженої перевізником;

temporary stay, as a result of which the Policy Holder (Insured Person) suffered losses associated with the need to purchase essential goods.

28. EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS AND LIMITATION OF INSURANCE IN CASE OF LUGGAGE INSURANCE

28.1. The Insurer does not indemnify for losses caused as a result of:

- 28.1.1. Inattention or gross negligence of the Insured Person;
- 28.1.2. damage to the luggage;
- 28.1.3. loss of cargo due to the fault of the Insured Person;
- 28.1.4. shortage of luggage transferred for safekeeping to the carrier;
- 28.1.5. delays in the delivery of luggage to the country of temporary stay up to 12 hours;
- 28.1.6. loss of cargo that was not handed over to the carrier for the period of the trip.

28.2. The Insurer under this Section V does not indemnify for any losses if the Policy Holder does not choose additional coverage (options) in the Insurance Policy (Part 1 of the Contract) in the form of luggage insurance.

28.3. The insurer does not reimburse for services related to the inconvenience of using air transport, including in case of:

- 28.3.1. Luggage loss, damage or destruction resulting from the confiscation and/or destruction of luggage by customs authorities or other representatives of the official authorities of the country of temporary stay or as a result of violation by the Policy Holder (Insured Person) of the terms and conditions of stay at the hotel, airport, etc.;
- 28.3.2. Damage (spoilage) of the cargo as a result of normal wear and tear, hidden defects, exposure to insects, chemicals or other adverse conditions, loss from any unexplained circumstances or circumstances that are not covered by insurance coverage under this Insurance Contract;
- 28.3.3. Loss (damage, destruction), cash, personal, administrative and business documents (including commercial or scientific materials), identity documents, vehicle registration certificates, driver's license, traveler's checks, securities, money, coupons for payment of fuel, especially valuable things and items (jewelry, collections, things and items of artistic or historical value, etc.), dentures and contact lenses, and the like together with luggage;
- 28.3.4. Restoration of lost documents of the Insured person, namely: personal, administrative and business documents, including commercial or scientific materials, traveler's checks, securities, fuel coupons, cash and the like.

29. ACTIONS IN CASE OF EVENT WITH THE SIGNS OF INSURANCE EVENT

29.1. In case of event with the insured luggage that has signs of insurance event, the Policy Holder (Insured Person) is obliged to:

- 29.1.1. immediately, as soon as the fact of delay of luggage is revealed, inform the officials of the carrier about it;
- 29.1.2. receive documents confirming the fact of loss (delay) of luggage from the carrier;
- 29.1.3. inform the Insurer (Assistance Company) about it within 24 hours from the moment of the insurance event;
- 29.1.4. within 15 (fifteen) calendar days after the end of the trip, provide the Insurer with an application for insurance indemnity and all the necessary documents for further decision-making on insurance indemnity payment.

30. LIST DOCUMENTS CONFIRMING THE FACT AND CIRCUMSTANCES OF THE INSURANCE EVENT AND THE AMOUNT OF DAMAGE

30.1. In order to receive insurance indemnity in case of delay or loss of luggage, the Policy Holder (Insured Person) must provide the following documents to the Insurer:

- 30.1.1. travel ticket on the basis of which the Insured Person was in the means of transport;
- 30.1.2. luggage receipt (coupon) confirming the fact of transfer of luggage under the responsibility of the carrier;
- 30.1.3. a copy of the statement to the carrier about the loss, full or partial damage to luggage with the carrier's mark of acceptance of the statement (in case of loss of luggage);
- 30.1.4. copy of the carrier's decision on recognizing the luggage as finally lost (in case of luggage loss) after the search procedure approved by the carrier;

харчування за нормативами, прийнятими в медичній установі	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
б) Вартість амбулаторної допомоги в медичному закладі:	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
консультації;	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
діагностичні дослідження;	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
медикаменти;	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
перев'язувальні засоби;	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
послуги лікаря;	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
в) Медичні перевезення:	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
медична евакуація з місця події до найближчого медичного закладу для надання невідкладної медичної допомоги	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
медична репатріація до країни постійного проживання для подальшого стаціонарного лікування, якщо Застрахована особа не може пересуватись самостійно (до митного пункту)	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
посмертна репатріація останків Застрахованої особи у разі її смерті під час здійснення подорожі за кордоном до країни її постійного проживання (до митного пункту)	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми	в межах страхової суми
г) Невідкладна стоматологічна допомога (при гострому зубному болю):	500,00 Євро	500,00 Євро	500,00 Євро	500,00 Євро	200,00 Євро	200,00 Євро
діагностичні дослідження (рентген тощо), постановка тимчасової пломби;	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту
видалення зубів та коренів, анестезіологічна допомога;	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту
Захворювання Застрахованого на COVID-19, викликана вірусом SARS-Cov-2. Діагностика та медикаментозне забезпечення медикаментами при стаціонарному/амбулаторно му лікуванні, а в разі неможливості організації послуги - відшкодування самостійно витрачених коштів на умовах Договору	1 000,00 Євро	1 000,00 Євро	1 000,00 Євро	1 000,00 Євро	1 000,00 Євро	1 000,00 Євро
1.2. СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ	25 000,00 грн	25 000,00 грн	25 000,00 грн	25 000,00 грн	25 000,00 грн	25 000,00 грн
Встановлення I групи інвалідності в результаті нещасного випадку	90% від страхової суми	90% від страхової суми	90% від страхової суми	90% від страхової суми	-	-
Встановлення II групи інвалідності в результаті нещасного випадку	70% від страхової суми	70% від страхової суми	70% від страхової суми	70% від страхової суми	-	-
Смерть в результаті нещасного випадку	100% від страхової суми	100% від страхової суми	100% від страхової суми	100% від страхової суми	100% від страхової суми	100% від страхової суми
1.3. СТРАХУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ (Фінансова підтримка в разі настання вказаних нижче ризиків)						
Викрадення або втрата документів	1 000,00 грн.	1 000,00 грн.	-	1 000,00 грн.	-	-
Затримка авіарейсу більше, ніж на 3 години	100 Євро	100 Євро	100 Євро	100 Євро	-	-
Викрадення або втрата ключів від будинку / квартири	800,00 грн.	-	-	800,00 грн.	-	-
Викрадення або втрата ключів від автомобіля	800,00 грн.	-	-	800,00 грн.	-	-
Викрадення готівки	5 000,00 грн.	5 000,00 грн.	-	5 000,00 грн.	-	-
Викрадення або втрата картки	350,00 грн.	-	-	350,00 грн.	-	-
Витрати на приїзд супроводжуючої особи, що мешкає в Україні, якщо Застраховану особу госпіталізовано більше, ніж на 10 діб (витрати на проїзд економ-класом до місця	500,00 Євро	1 000,00 Євро	-	-	-	-

33.3. Валюта страхових сум (лімітів) та франшиз (EUR/USD) визначається згідно з валютою, вказаною в Частині 1 Договору (Страховому полісі), що була обрана Страхувальником при його укладенні (акцептуванні цього Договору).

РОЗДІЛ VII. ІНШІ УМОВИ

34. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

34.1. Цей Договір страхування укладається шляхом пропозиції Страховика укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) Страхувальником.

34.2. Пропозиція укладення Договору - Частина 2 цього Договору (Умови страхування, Оферта), текст якої підписується Страховиком та скріплюється печаткою в одному екземплярі та зберігається у Страховика. Текст Оферти також є доступним в місцях обслуговування Клієнтів, а також на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет за посиланням https://www.salamandra.ua/offer/travel_KD_NA2022.pdf.

34.2.1. Частина 2 Договору є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України. Ця Оферта містить усі істотні умови, передбачені законодавством для договорів страхування, та виражає намір Страховика вважати себе зобов'язаним у разі її прийняття Страхувальником.

34.2.2. Перед укладенням Договору Страхувальник повинен ознайомитись з умовами Оферти, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних.

34.3. Повний та безумовний акцепт Страхувальником умов Оферти полягає в здійсненні Страхувальником наступних конклюдентних дій, спрямованих на отримання страхових послуг Страховика: підписання Страхувальником Частини 1 Договору (Страхового полісу) в порядку визначеного п. 34.5. або п. 34.6 цієї Оферти та сплата страхового платежу в повному обсязі на поточний банківський рахунок Страховика.

34.3.1. Частина 1 Договору одночасно є заявою Страхувальника (Акцептом), що містить заявлені ним та погоджені Сторонами Договору умови страхування.

34.4. Страховий поліс може бути укладено в письмовій або електронній формі.

34.5. Укладення Договору в письмовій формі здійснюється з урахуванням наступних вимог:

34.5.1. Страховий поліс складається в письмовій формі у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться по одному у кожній із Сторін.

34.5.2. Підписуючи Страховий поліс Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору страхування та ін.

34.5.3. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не підписання Страховиком Страхового полісу.

34.6. У разі укладення договору в електронній формі підписання відбувається відповідно до до Закону України «Про електронну комерцію» та з урахування наступного:

34.6.1. Договір підписується Сторонами шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора (паролю) на засіб мобільного зв'язку Страхувальника та введення Страхувальником такого одноразового ідентифікатора в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика в спеціально передбаченому для цього місці.

34.6.2. Заповнення електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування вважається неукладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

34.6.3. Заповненням електронної заяви про укладення Договору страхування Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору страхування та ін. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї пропозиції укладуть Договір страхування за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика, він вважається таким, що за своїми наслідками прирівнюється до договору укладеного у письмовій формі.

33.3. Currency of the insurance coverage (limits) and deductibles (EUR/USD) shall be determined in accordance with the currency specified in Part 1 of the Contract (Insurance Policy), which was chosen by the Policy Holder upon its conclusion (acceptance of the Contract).

SECTION VII. MISCELLANEOUS

34. CONTRACT SIGNING PROCEDURE

34.1. The insurance contract is concluded by offering the Insurer to conclude an agreement (offer) and acceptance of the offer (acceptance) by the Insured.

34.2. Proposal for the conclusion of the Contract – Part 2 of this Contract (insurance terms and conditions, proposals), the text of which is signed by the Insurer and sealed in one copy and kept by the Insurer. The text of the Offer is also available at customer service offices, as well as on the Insurer's website at https://www.salamandra.ua/offer/travel_KD_NA2022.pdf.

34.2.1. Part 2 of the Contract is an offer within the meaning of Part 1, Article 634 of the Civil Code of Ukraine. This Offer contains all the essential terms and conditions stipulated by the legislation on insurance contracts and reflect the Insurer's intention to consider him/herself obligated if it is accepted by the Policy Holder.

34.2.2. Before concluding the Contract, the Insured person shall become familiarized with the terms of the Offer, Rules, information on financial service and to confirm the consent for personal data processing.

34.3. Complete and unconditional acceptance by the Policy Holder of the terms and conditions of the Offer consists in the implementation by the Policy Holder of the following conclusive actions aimed at obtaining insurance services from the Insurer: signing by the Policy Holder of Part 1 of the Contract (Insurance Policy) in the manner specified in cl. 34.5 or 34.6 of the Offer and payment of the insurance premium in full to the bank account of the Insurer.

34.3.1. Part 1 of the Contract is at the same time a statement of the Policy Holder (Acceptance) containing the insurance terms and conditions declared by him/her and agreed by the Parties to the Contract.

34.4. The Insurance Policy can be concluded in written or electronic form.

34.5. The conclusion of the Contract in writing is carried out taking into account the following requirements:

34.5.1. The insurance policy is drawn up in writing in two copies, which have the same legal force and are one for each of the Parties.

34.5.2. By signing the Insurance Policy, the Policy Holder agrees on all the essential terms of the Insurance Contract provided for in Art. 16 of the Law of Ukraine "On Insurance", including: the subject of insurance, the sum insured, the list of insured events, the amount of insurance payments and the procedure for their payment, the term of the Insurance Contract, etc.

34.5.3. The Insurer reserves the right to refuse to accept the risk of insurance without explanation. The fact of the Insurer's refusal to accept the insurance risk is the failure of the Insurer to sign the Insurance Policy.

34.6. In the case of concluding an agreement in electronic form, the signing takes place in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" and taking into account the following:

34.6.1. The Contract is signed by the Parties by sending a one-time identifier (password) by the Insurer to the Policy Holder's mobile means of communication and by entering such one-time identifier by the Insured in the information and telecommunication system of the Insurer in a place stipulated for this purpose.

34.6.2. Filling out of electronic application by the Policy Holder does not oblige him/her to conclude the Insurance Contract, the Insurance Contract shall be considered not concluded without the Policy Holder's signature with a one-time identifier.

34.6.3. By filling out of electronic application for concluding the Insurance Contract, the Policy Holder agrees on all the essential terms and conditions of the Insurance Contract stipulated by Art. 16 of the Law of Ukraine "On Insurance", including: subject of insurance, insurance coverage, the list of insurance events, amount of insurance indemnity and the procedure for their payment, term of the Insurance Contract, etc. If the Insurer and the Policy Holder, on the basis of this proposal to conclude the Insurance Contract using the information and telecommunication system of the Insurer, it is considered in its consequences to be equal to the contract concluded in writing.

34.6.4. Після підписання Акцепту та сплати страхового платежу Страхувальник отримує підтвердження укладення Договору страхування у формі повідомлення разом Акцептом (Страховим Полісом) на засіб електронного зв'язку.

34.6.5. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є відсутність направленою Страховиком одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника.

35. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

35.1. Акцептуванням Частини 1 Договору Страхувальник підтверджує:

35.1.1. з умовами та правилами страхування ознайомлений та згоден;

35.1.2. інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», надана Страхувальнику повністю та своєчасно;

35.1.3. відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник та Застрахована особа надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних;

35.1.4. Страхувальник розуміє, що цей Договір є договором приєднання відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України і шляхом акцептування оферти (Частини 2 Договору, що розміщена за посиланням https://www.salamandra.ua/offer/travel_KD_NA2022.pdf) він погоджується з усіма умовами, встановленими в цій Оферті;

35.1.5. повний та безумовний акцепт Страхувальником умов цього Договору полягає в здійсненні Страхувальником наступних конклюдентних дій, спрямованих на отримання страхових послуг Страховика: підписання Страхувальником Частини 1 Договору та сплата загального страхового платежу в повному обсязі на поточний банківський рахунок Страховика;

35.1.6. Частина 1 Договору (Страховий поліс) одночасно є заявою Страхувальника, що містить заявлені ним та погоджені сторонами Договору умови страхування;

35.1.7. Страхувальник отримав згоду кожної Застрахованої особи на укладення цього Договору щодо них.

35.2. Ця Оферта складена українською та англійською мовами. У разі виникнення спорів щодо положень цієї Оферти, українська версія має пріоритет

36. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПрАТ «СК «САЛАМАНДРА»

Код за ЄДРПОУ: 21870998

Адреса: 36019, м. Полтава, вул. Колективна, д.10

Генеральний директор

Маленко Р.І.

34.6.4. After signing the Acceptance and paying the insurance premium, the Policy Holder receives confirmation of the conclusion of the Insurance Contract in the form of a notice along with the Acceptance (Insurance Policy) to the electronic means of communication.

34.6.5 The Insurer reserves the right to refuse to accept the risk for insurance without giving reasons. The fact of the Insurer's refusal to accept the risk for insurance is the absence of one-time identifier sent by the Insurer to the Policy Holder's mobile phone.

35. FINAL PROVISIONS

35.1. By accepting Part 1 of the Contract, the Policy Holder confirms that:

35.1.1. He/she has read and agreed with the insurance terms and conditions;

35.1.2. Information specified in Part two, Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets" provided to the Policy Holder in full and in a timely manner;

35.1.3. in accordance with the requirements of the Law of Ukraine "On Personal Data Protection" the Policy Holder and the Insured Person provide the consent to the processing of their personal data to the Insurer;

35.1.4. The Policy Holder understands that this Contract is an accession agreement in accordance with Article 634 of the Civil Code of Ukraine and by accepting an offer (Part 2 of the Contract, posted at https://www.salamandra.ua/offer/travel_KD_NA2022.pdf) he/she agrees with all the terms and conditions set forth in this Offer;

35.1.5. Complete and unconditional acceptance by the Policy Holder of the terms and conditions of this Contract consists in the implementation by the Policy Holder of the following conclusive actions aimed at obtaining insurance services from the Insurer: signing by the Policy Holder of Part 1 of the Contract and payment of the total insurance premium in full to the bank account of the Insurer;

35.1.6. Part 1 of the Contract (insurance policy) is at the same time a statement of the Policy Holder Acceptance containing the insurance terms and conditions declared by him/her and agreed by the Parties to the Contract;

35.1.7. The policyholder has obtained the consent of each insured Person to conclude the Contract in their regard.

35.2. This Offer is made in English and Ukrainian. In the event of a dispute as to the terms of this Offer the Ukrainian version shall prevail.

36. DETAILS AND SIGNATURE OF THE INSURER

PJSC Insurance Company "SALAMANDRA"

USREOU code: 21870998

Address: 36019, Poltava, street Collective, d.10

General Director

Malenko R.

