

**Публічний договір-оферта
щодо добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном**

1. Цей Публічний договір-оферта (надалі — Оферта) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Акціонерна страхова компанія «ОМЕГА» (код ЄДРПОУ — 21626809, надалі — Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів — дієздатних фізичних осіб (далі — Клієнти), укласти із Товариством договір добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном (далі — **Договір страхування**), згідно ліцензій АГ 569355, АГ 569358 від 27.01.2011 р. та на підставі Правил «Добровільного страхування медичних витрат», зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 24.07.2007 р. за № 2171843 та Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків» (нова редакція), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринку фінансових послуг України 29.11.2018 р. за № 2078 (далі — **Правила**). Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет за адресою www.omega.ua.
2. Дана Оферта складається з Договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном (Індивідуальна частина Договору страхування (Додаток 1 до цієї Оферти) та Умов добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном (Додаток 2 до цієї Оферти).
3. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном, які є невід'ємною частиною цієї Оферти (**Додаток № 2** до цієї Оферти).
4. Оферта розміщена Страховиком в мережі Інтернет на офіційному сайті АСК «ОМЕГА» за адресою www.omega.ua та доступна до вільного ознайомлення.
5. Номер Договору страхування присвоюється Страховиком та зазначається у Договорі страхування.
6. У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Клієнтом вважається заповнення електронної заяви (далі — Заява) на сайті www.omega.ua, а також сплата страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика. Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом усіх умов цієї Оферти і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми. Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування (в електронній формі) та здійснення оплати на електронну пошту або засіб мобільного зв'язку (за вибором Страхувальника), вказані при заповненні Заяви. Заповнена Заява, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви на страхування.
7. Цей Договір страхування набирає чинності з моменту перетину Застрахованою особою кордону України/країни постійного проживання, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, зазначеного у п. 6 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти), як дата початку строку дії Договору страхування, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, наступного за днем надходження страхового платежу відповідно до п. 14 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти) на рахунок Страховика, та припиняється в момент перетину кордону України (країни постійного проживання) при виїзді з країни перебування, або по закінченні кількості днів (періоду страхування) перебування за кордоном, але не пізніше 24-ї години дня, зазначеного в п. 6 Договору страхування (Додаток 1 до Оферти), як дата його закінчення.
- 7.1. Якщо Договором страхування передбачено багаторазові подорожі Застрахованої особи (п. 1.3.24 Договору страхування (Додаток 2 до Оферти)), то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, протягом яких Застрахована особа фактично перебувала за кордоном, але не більше кількості днів відповідно до п. 7 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).
- 7.2. Якщо на момент укладення цього Договору страхування Застрахована особа, знаходиться **за межами території України**, дія цього Договору страхування не поширюється на події, які настали до 00 годин 00 хвилин за Київським часом **7-го дня від дати**, зазначеної у п. 6 Додатка 1 до Оферти, як дата початку строку його дії.
- 7.3. За цим Договором страхування Страховик не відшкодовує витрати на оплату медичних та інших послуг, що пов'язані з розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 (COVID-19), якщо на момент звернення Застрахованої особи до медичного закладу, ця особа не має Сертифікату про повну вакцинацію від COVID – 19, встановленого зразку з терміном після другого щеплення не менше, ніж 14 днів; ці умови не стосуються осіб віком до 18 років.

7.4. У разі несплати Страхувальником страхового платежу в повному обсязі на рахунок Страховика, цей Договір страхування вважається таким, що не укладений.

8. Договір страхування вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення підпису та печатки на даній Оферті. Договір страхування вважається підписаним Клієнтом шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, надісланого Страховиком/Повіреном Страховика на засіб мобільного зв'язку Клієнта).

9. Сторони узгодили, що Індивідуальна частина Договору страхування (Додаток 1 до Оферти — в електронній формі), який направляється Страхувальнику на його електронну пошту може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика, зразок якої відображено у даній Оферті.

Зразок факсимільного відтворення підпису Президента АСК «ОМЕГА» Карагаєва П.А. та відбитка печатки АСК «ОМЕГА»:



10. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності відтворити Договір страхування (в електронній формі) на паперовому носії. На письмову вимогу однієї зі Сторін Договір страхування оформлюється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню кожною зі Сторін. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

11. Дата, час, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування (в електронній формі) та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.

12. У всьому іншому, що не викладено і не врегульовано умовами даної Оферти, Сторони керуються Правилами.

13. У разі необхідності достроково припинити дію Договору страхування (в електронній формі) або внести до нього зміни Страхувальнику необхідно звернутися до Страховика за його місцем знаходження.

14. У випадку виникнення спорів та розбіжностей з питань, що становлять предмет цієї Оферти або у зв'язку з ним, Сторони будуть вживати всіх можливих заходів для їх вирішення шляхом переговорів. Якщо Сторони не зможуть дійти згоди, всі спори та розбіжності, що виникають при виконанні цієї Оферти, вирішуються відповідно до чинного законодавства України.

15. Сторони домовилися вважати всю інформацію, будь-які матеріали та відомості, що пов'язані з операціями, які відбуваються відповідно до Оферти є конфіденційною інформацією.

16. Клієнт підтверджує, що до укладання Договору страхування йому було доведено до відома інформацію, передбачену п. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та ст. 12 Закону України «Про захист персональних даних», з правами, передбаченими ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлений. Клієнт (Страхувальник) засвідчує, що зазначена інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

17. Ця Оферта дійсна з **22 жовтня 2021** року на необмежений термін.

18. Всі зміни до даної Оферти здійснюються шляхом публікації нової редакції Оферти та/або змін до цієї Оферти на сайті www.omega.ua і розміщення на сайті www.omega.ua відповідного повідомлення про запровадження цих змін.

19. Договори страхування, які були укладені на підставі цієї Оферти до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення таких договорів. При внесенні змін до цієї Оферти, Страховик розміщує повідомлення про такі зміни на сайті не менше ніж за (десять) календарних днів до вступу змін в силу. При цьому Страховик гарантує та підтверджує, що розміщена на сайті www.omega.ua інформація є дійсною. Момент здійснення опублікування на офіційному сайті АСК «ОМЕГА» вважається моментом ознайомлення Клієнта (Страхувальника) з текстом таких змін.

20. Страховик має право достроково припинити дію цієї Оферти в односторонньому порядку, попередивши шляхом розміщення оголошення про це на своєму сайті не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до такого припинення.

«АСК «ОМЕГА»

01054, м. Київ, вул. Дмитрівська 48-Г, літ. «А»,

Рахунок № UA833806340000026503011612001 в ПАТ «КБ «АКОРДБАНК», код ЄДРПОУ 21626809,

тел. 0-800-30-10-10

www.omega.ua

Президент



Карагаєв П.А.

**Умови добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном
до Договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном**

Appendix No. 2
to the Public Contract-Offer
on voluntary comprehensive insurance for travelers abroad

**Terms of voluntary comprehensive insurance for travelers abroad
to Voluntary comprehensive insurance contract for travellers abroad**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до законодавства України і на підставі Правил «Добровільного страхування медичних витрат», зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 24.07.2007 р. за № 2171843 та Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків» (нова редакція), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринку фінансових послуг України 29.11.2018 р. за № 2078 (далі — **Правила**) Страховик укладає зі Страхувальником цей Договір добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордоном (далі — Договір страхування).

1.2. Згідно з Договором страхування Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі (премії, внески) у визначені Договором страхування строки (Додаток 1 до Оферти, далі — Індивідуальна частина) та виконувати інші умови Договору страхування і Правил, а Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату в порядку і на умовах, визначених цим Договором страхування.

1.3. **Терміни та визначення:**

1.3.1. **Страхувальник** — дієздатна фізична або юридична особа, що уклала зі Страховиком Договір страхування.

1.3.2. **Застрахована особа** — фізична особа, що виїжджає за межі території України/ країни постійного проживання, і на користь якої укладено Договір страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.

1.3.3. **Страхова сума** — визначена Договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

1.3.4. **Страховий платіж** (страхова премія, страховий внесок) — плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

1.3.5. **Страховий випадок** — подія, передбачена Договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

1.3.6. **Франшиза** — визначена умовами Договору страхування частина збитку, що не відшкодовується Страховиком.

1.3.7. **Невідкладна допомога** — медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя Застрахованої особи у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на здоров'я Застрахованої особи.

1.3.8. **Амбулаторна медична допомога (послуга)** — діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику та лікування Застрахованих осіб у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.3.9. **Лікування в умовах стаціонару** — екстрена допомога Застрахованій особі, яка потребує лікування в умовах стаціонару, а саме:

1.3.9.1. постійне спостереження Застрахованої особи з боку медичного персоналу;

1.3.9.2. необхідність цілодобової доступності спеціалізованої медичної допомоги;

1.3.9.3. необхідність проведення спеціалізованих, інтенсивних та високотехнологічних діагностичних та лікувальних заходів

1. GENERAL PROVISIONS

1.1. In accordance with the legislation of Ukraine and on the basis of the Rules of Voluntary Medical Expenses Insurance, registered by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine on 24.07.2007 under № 2171843 and the Rules of Voluntary Accident Insurance (new edition) registered by the National Commission, carrying out state regulation in the field of financial services market of Ukraine on November 29, 2018 under No. 2078 (hereinafter — the Rules) the Insurer enters with the Policyholder into this Voluntary Comprehensive Insurance Contract for travelers abroad (hereinafter — the Insurance Contract).

1.2. According to the Insurance Contract, the Policyholder shall pay insurance payments (premiums, fee) within the terms specified in the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer, hereinafter — the Particular Part) and fulfill other conditions of the Insurance Contract and Rules, and the Insurer upon occurrence of an insured event shall pay out an insurance indemnity in the manner and on the terms specified in this Insurance Contract.

1.3. **Terms and definitions:**

1.3.1. **Policyholder** — a legally capable natural or legal person who has entered into the Insurance Contract with the Insurer.

1.3.2. **Insured person** — a natural person who leaves the territory of Ukraine / country of permanent residence and in whose favor the Insurance contract is concluded. The Insured may acquire the rights and obligations of the Policyholder.

1.3.3. **Sum insured** — the amount of money specified in the Insurance Contract, within which the Insurer in accordance with the terms of insurance is obliged to pay out an insurance indemnity upon occurrence of an insured event.

1.3.4. **Insurance payment** (insurance premium, insurance fee) — payment for insurance that the Policyholder is obliged to pay to the Insurer in accordance with the Insurance Contract.

1.3.5. **An insured event** is an event stipulated by the Insurance Contract, upon the occurrence of which the Insurer's obligation to pay out an insurance indemnity arises.

1.3.6. **Deductible** — a part of the loss determined by the terms of the Insurance Contract, which is not reimbursed by the Insurer.

1.3.7. **Emergency care** — medical assistance, which consists in the implementation by medical workers of urgent organizational, diagnostic and therapeutic measures aimed at saving and preserving the life of the Insured person in an emergency and minimizing the consequences of such a condition on the health of the Insured person.

1.3.8. **Outpatient medical care (service)** — activities of professionally trained medical workers aimed at diagnosis and treatment of Insured Persons in connection with diseases, injuries, poisonings and pathological conditions, as well as in connection with pregnancy and childbirth.

1.3.9. **Inpatient treatment** — emergency assistance to the Insured Person in need of inpatient treatment, namely:

1.3.9.1. continuous supervision of the Insured by medical staff;

1.3.9.2. the need for round-the-clock availability of specialized medical care;

1.3.9.3. the need for specialized, intensive and high-tech diagnostic and therapeutic measures (surgical and conservative treatment),

(оперативного та консервативного лікування), які неможливо проводити поза стаціонаром.

1.3.10. Госпіталізація — це розміщення Застрахованої особи в стаціонарі лікувально-профілактичного закладу (лікарня, госпіталь, пологовий будинок тощо).

1.3.11. Невідкладна стоматологічна допомога — консультація та огляд лікаря, рентгенодіагностика, видалення зуба, знеболення, депульпація, кюретаж пародонтальних кишень (при абсцедуванні), встановлення тимчасової пломби за показниками.

1.3.12. Невідкладний стан — це стан, при якому існує безпосередня загроза життю Застрахованій особі, яка без своєчасної медичної допомоги може призвести до смерті або інвалідності Застрахованої особи.

1.3.13. Нещасний випадок — раптова, випадкова, короточасна, непередбачувана, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті).

1.3.13.1. До зовнішніх факторів відносяться: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкові контакти із тваринами, комахами та іншими представниками флори та фауни, випадкове потраплення в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета на Застраховану особу або удар стороннього предмета.

1.3.13.2. Під розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку слід розуміти:

1.3.13.2.1. травматичне ушкодження (травми, у тому числі отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо), втрата органів, зору, слуху, нюху, мови, тепловий удар, опік, обмороження, переохолодження (за винятком простудного захворювання), утоплення, удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції — дизентерії, сальмонельозу) тощо;

1.3.13.2.2. зараження інфекційними хворобами (тільки якщо інфекційна речовина попала в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку).

1.3.14. Захворювання — порушення нормальної життєдіяльності організму Застрахованої особи, що обумовлене функціональними та/або морфологічними (структурними) змінами, які настають внаслідок дії ендогенних та/або екзогенних факторів.

1.3.15. Гостре захворювання — захворювання, що виникає несподівано, та причини якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я, що існував до моменту захворювання та потребує надання медичної допомоги Застрахованій особі та яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує 6 місяців.

1.3.16. Хронічне захворювання — тривале, прогресуюче захворювання, яке характеризується чергуванням періодів загострення та ремісії, тривалість якого від моменту його початку перевищує 6 місяців.

1.3.17. Загострення хронічної хвороби — посилення патологічних проявів захворювання (без виникнення нового захворювання), яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності або смерті Застрахованої особи без своєчасного надання медичної допомоги.

1.3.18. Загроза життю та здоров'ю — ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної медичної допомоги може призвести до тяжкого та тривалого розладу функцій організму Застрахованої особи або її смерті.

1.3.19. Асистуюча компанія — юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо забезпечення надання медичних та

which cannot be performed outside the hospital.

1.3.10. Hospitalization is the placement of the Insured Person in the hospital of a medical and preventive institution (hospital, maternity hospital, etc.).

1.3.11. Emergency dental care — consultation and examination by a doctor, X-ray diagnosis, tooth extraction, anesthesia, depulping, curettage of periodontal pockets (in case of abscessing), installation of a temporary filling according to the indicators.

1.3.12. An emergency condition is a condition in which there is an imminent threat to the life of the Insured Person, which without timely medical care may lead to the death or disability of the Insured Person.

1.3.13. Accident — a sudden, accidental, short-term, unpredictable, unintentional and independent of the will of the Insured event that occurred due to various external factors (physical, chemical, technical, etc.) and led to a temporary or permanent health disorder of the Insured and/or her death.

1.3.13.1. External factors include: natural phenomena, fire, explosion, lightning strike, electric shock, casualty, illegal actions of third parties, attack, bites of animals, insects, snakes, accidental contact with animals, insects and other representatives of flora and fauna, accidental inhalation of a foreign body, the fall of any object on the Insured or the impact of a foreign object.

1.3.13.2. Health disorder due to an accident is to be understood as:

1.3.13.2.1. traumatic injury (traumas, including those resulting from bodily harm caused by a third party, bruise, wound, fracture, traumatic brain injury, rupture of organs, ligaments, tendons, etc.), loss of organs, vision, hearing, smell, speech, heat stroke, burn, frostbite, hypothermia (excluding colds), drowning, suffocation, accidental acute poisoning by poisonous plants, chemical or toxic substances (industrial or domestic), gaseous substances, medications, substandard food products (except for foodborne toxic infection — dysentery, salmonellosis) etc.;

1.3.13.2.2. Infection with infectious diseases (only if the infectious substance got into the body of the Insured person due to injury as a result of an accident).

1.3.14. Disease — a disruption of the normal functioning of the body of the Insured as a result of functional and / or morphological (structural) changes due to endogenous and / or exogenous factors.

1.3.15. Acute illness — an illness that occurs unexpectedly and the causes of which are not related to the state of health that existed before the illness and requires medical care to the Insured Person and which cannot be postponed until the Insured Person returns to the country of residence. The illness is considered acute if its duration from the moment of onset does not exceed 6 months.

1.3.16. Chronic disease is a long-term, progressive disease characterized by alternating periods of exacerbation and remission, the duration of which from the moment of its onset exceeds 6 months.

1.3.17. Exacerbation of a chronic disease — aggravation of pathological manifestations of the disease (without the emergence of a new disease), which can lead to temporary or permanent disability, or death of the Insured Person without timely medical care.

1.3.18. Threat to life and health — a situation or condition of the Insured Person, in which failure to provide immediate medical care can lead to severe and prolonged dysfunction of the Insured Person's body or his death.

1.3.19. Assisting Company — a legal entity that acts on behalf of and under the instruction of the Insurer to provide medical and other

інших послуг (допомоги) Застрахованим особам і координує їх дії у разі настання страхового випадку (далі — Асистуюча компанія).

1.3.20. **Медичний заклад** — особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників, які можуть надавати медичну допомогу Застрахованим особам.

1.3.21. **Країна перебування** — територія держави, на якій перебуває Застрахована особа в період дії Договору страхування.

1.3.22. **Вартість проїзду** — вартість квитка для проїзду економічним класом.

1.3.23. **Програма страхування** — перелік послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до укладеного з нею Договору страхування.

1.3.24. **Багаж** — речі, предмети тощо, які Застрахована особа (пасажир) бере з собою чи здає для перевезення в порядку, встановленому відповідними транспортними організаціями.

1.3.25. Відповідно до умов цього Договору страхування визначається **мета поїздки**, що належним чином зазначена в п. 9 Індивідуальної частини Договору страхування (**Додаток 1** до Оферти), а саме:

1.3.25.1. **Туризм/навчання/відрадженьня** — тимчасовий виїзд Застрахованої особи з місця постійного проживання до країни тимчасового перебування з загально-оздоровчою (крім лікувальної), пізнавальною, професійно-діловою метою чи з метою навчання без здійснення оплачуваної діяльності в місці перебування, далі — «Туризм/Навчання/Відрадженьня».

1.3.25.2. **Заняття спортом** — заняття ризиковими видами спорту на аматорському рівні на гірськолижних курортах (катання на лижах, альпінізм, дельтапланеризм, стрибки з парашутом, бейсджампінг (стрибки з парашутом на гірські вершини з подальшим спуском на лижах)), катання на лижах, сноуборд, хеліскіінг та хелібординг (стрибок з гелікоптера та спуск на лижах чи сноуборді з нерозвіданих схилів), підводні види спорту (дайвінг, кейв-дайвінг (дайвінг у підводних печерах), фридайвінг, серфінг, рафтінг тощо)); професійні заняття спортом (змагання, збори спортивних команд), далі — «Спорт».

1.3.25.3. Поїздка Застрахованої особи з оформленням робочої візи з метою працевлаштування для виконання Застрахованою особою будь-якої роботи за наймом, далі — «Робота».

1.3.26. Умовами цього Договору страхування може бути передбачено багаторазові подорожі Застрахованої особи, про що робиться відповідна позначка «MULTI - TRIP» у п. 7 Індивідуальної частини Договору страхування (**Додаток 1** до Оферти). «MULTI - TRIP» — тип перебування, при якому дні періоду страхування (кількість днів, передбачених Договором страхування) зменшується відповідно дням перебування Застрахованої особи за кордоном.

1.3.27. **Вигодонабувач** — Застрахована особа, яка зазначається в Індивідуальній частині Договору страхування (**Додаток 1** до Оферти).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Предметом цього Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. **Страховий ризик** — подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

3.2. Страховим випадком за цим Договором страхування є:

3.2.1. **«Медичні витрати»**. Відшкодування медичних та інших витрат Страхувальнику (Застрахованій особі) або іншим третім особам, понесених ними документально підтверджених витрат, внаслідок звернення Застрахованої особи (або її представника) до медичного закладу та/або Асистуючої компанії за медичною або

services (assistance) to the Insured persons and coordinates their actions upon occurrence of an insured event (hereinafter — the Assisting Company).

1.3.20. **Medical institution** — an entity of any form of ownership and organizational and legal form or its separate unit, which main task is to provide medical care on the basis of the relevant license and professional activities of medical (pharmaceutical) workers, who can provide medical care to Insured Persons.

1.3.21. **Country of stay** — the territory of the state where the Insured Person is located during the validity of the Insurance Contract.

1.3.22. **Fare** — the cost of a ticket for economy class travel.

1.3.23. **Insurance program** — a list of services provided to the Insured Person, in accordance with the Insurance Contract with him.

1.3.24. **Baggage** — things, objects, etc., which the Insured Person (passenger) takes with him or hands over for transportation in the manner prescribed by the relevant transport organizations.

1.3.25. In accordance with the terms of this Insurance Contract, the purpose of the trip is to be determined, and duly specified in paragraph 9 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer), namely:

1.3.25.1. **Tourism/education/business trip** — temporary departure of the Insured from the place of permanent residence to the country of temporary stay for health-improving (except medical therapy), educational, professional and business purposes or for the purpose of studying without paid activities at the place of stay, hereinafter — «Tourism/Education/Business trip».

1.3.25.1. **Sports** — activities of risky sports at the amateur level and in ski resorts (skiing, mountaineering, hang gliding, skydiving, base jumping (skydiving to mountain peaks followed by skiing)), snowboarding, heliboarding (jumping from a helicopter and skiing or snowboarding from undiscovered slopes), underwater sports (diving, cave diving (diving in underwater caves), free diving, surfing, rafting, etc.), professional sports (competitions, training camps for sports teams, hereinafter «Sports».

1.3.25.2. The trip of the Insured Person with a work visa issued for the purpose of employment for the performance by the Insured Person of any employment, hereinafter «Work».

1.3.26. The terms of this Insurance Contract may provide for multiple trips of the Insured Person, in respect of which «MULTI – TRIP» is marked in clause 7 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer). «MULTI – TRIP» is a type of stay in which the duration of the insurance period (the number of days provided by the Insurance Contract) is reduced according to the number of days of the Insured's stay abroad.

1.3.27. **Beneficiary** — The Insured Person specified in the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

2. SUBJECT OF THE INSURANCE CONTRACT

The subject of this Insurance Contract is property interests that do not contradict the law, related to the life, health and ability to work of the Policyholder or the Insured person (indicated by the Policyholder with the consent of the latter in the Insurance Contract), as well as medical and additional costs directly related with the occurrence of the insured event during the travel (trip) by the Insured.

3. INSURANCE RISK AND INSURED EVENT

3.1. **Insured risk** is an event for which insurance is provided and which has signs of probability and randomness of occurrence.

3.2. The insured event under this Insurance Contract is:

3.2.1. **«Medical expenses»**. Reimbursement to the Policyholder (Insured Person) or other third parties of medical and other documented expenses, incurred by them as a result of the Insured Person (or his representative) applying to a medical institution and/or Assisting Company for medical or other services due to

іншою послугою внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку або у разі смерті Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічної хвороби або нещасного випадку, що сталися на території та у період дії Договору страхування.

3.2.1.1. Страховик здійснює страхову виплату на умовах Програми страхування зазначеної у п. 8 Індивідуальної частини Договору страхування (**Додаток 1** до Оферти), що відповідає умовам зазначених у Розділі 15 цього Договору страхування (**Додаток 2** до Оферти).

3.2.2. **За ризиком «Нещасний випадок» (далі — «Нещасний випадок»):**

Травматичне ушкодження Застрахованої особи та інший розлад здоров'я унаслідок нещасного випадку (згідно з Таблицею розмірів страхових виплат при втраті Застрахованою особою загальної працездатності внаслідок нещасного випадку, наведеною у Додатку 2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків та розміщеною на сайті:

https://omega.ua/wp-content/uploads/2019/03/Pravyla_strahuvannya_vid_neshchasnyh_vypadkiv.pdf

3.2.2.1. Встановлення первинної інвалідності I, II або III групи внаслідок нещасного випадку.

3.2.2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

3.3. Страховим випадком визнається подія (або декілька подій) передбачена п. 3.2 Договору страхування (**Додаток 2** до Оферти), що відбулася (відбулися) у період його дії та з настанням якої (яких) виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату/страхове відшкодування на умовах цього Договору страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

4.1. Страховими випадками за Договором страхування не визнаються події, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані із:

4.1.1. навмисними діями Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, що спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням їх громадянського чи службового обов'язку в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до законодавства України;

4.1.2. навмисним поданням Страхувальником/Застрахованою особою неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

4.1.3. вживанням Застрахованою особою лікарських препаратів без призначення лікаря, самолікуванням або лікуванням особою, що не має таких повноважень, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

4.1.4. перебуванням Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, токсичного впливу транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

4.1.5. діагностикою та лікуванням, призначеними та здійсненими особою, з якою Страхувальник/Застрахована особа перебуває у родинних стосунках;

4.1.6. самогубством або спробою вчинення самогубства з боку Застрахованої особи, окрім випадків, якщо Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.1.7. навмисним заподіянням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

4.1.8. діями Застрахованої особи, спрямованими на невинуватний ризик (за винятком випадків рятування життя іншої особи);

4.1.9. участю Застрахованої особи у парі;

4.1.10. керуванням Застрахованою особою будь-якими засобами

acute illness, exacerbation of chronic disease, an accident or in case of death of the Insured Person as a result of an acute illness, exacerbation of a chronic illness or an accident that occurred on the territory of the Insurance Contract and during the term of its validity.

3.2.1.1. The Insurer pays an insurance indemnity under the terms of the Insurance Program specified in clause 8 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer), which meets the conditions specified in Section 15 of this Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer).

3.2.2. Risk "Accident" (hereinafter — "Accident"):

Traumatic injury of the Insured Person and other health disorders due to an accident (according to the Table of insurance benefits in case of loss of general ability to work due to an accident, given in Annex 2 to the Rules of voluntary accident insurance and posted on the website:

https://omega.ua/wp-content/uploads/2019/03/Pravyla_strahuvannya_vid_neshchasnyh_vypadkiv.pdf

3.2.2.1. Assignment of primary disability of group I, II or III as a result of an accident.

3.2.2.2. Death of the Insured as a result of an accident.

3.3. An insured event is an event (or several events) provided for in paragraph 3.2 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer), which occurred during its validity and upon the occurrence of which the Insurer's obligation arises to pay an insurance indemnity/insurance reimbursement on the terms of this Insurance Contract.

4. EXCLUSIONS FROM INSURED EVENTS AND LIMITATION OF INSURANCE.

GROUND FOR REFUSAL IN INSURANCE INDEMNITY

4.1. Events are not recognized as insured ones under the Insurance Contract if they are directly or indirectly related to:

4.1.1. intentional actions of the Insured or the person in whose favor the Insurance Contract is concluded, aimed at the occurrence of the insured event. This rule does not apply to actions related to the performance of their civil or official duties in a state of self-defense (without exceeding its limits) or protection of property, life, health, honor, dignity and business reputation. The qualification of such actions is determined in accordance with the legislation of Ukraine;

4.1.2. intentional submission by the Policyholder/Insured Person of false information about the subject of the Insurance Contract or about the fact of occurrence of the insured event;

4.1.3. use of medicines by the Insured Person without a doctor's prescription, self-medication or treatment by a person who does not have such authority, unless the use of these substances by the Insured Person was related to illegal actions of third parties;

4.1.4. the Insured's stay of inebriation, toxic effects of tranquilizers, tricyclic antidepressants, hypnotics, cholinomimetics (intoxicants) and drugs, unless the Insured's use of these substances was associated with illegal actions of third parties;

4.1.5. diagnosis and treatment, appointed and performed by the person with whom the Policyholder / Insured person is in a family relationship;

4.1.6. suicide or attempted suicide by the Insured, unless the Insured has been brought to such a state by illegal actions of third parties;

4.1.7. intentional self-infliction of bodily injuries by the Insured Person;

4.1.8. actions of the Insured Person aimed at unjustified risk (except in cases of saving the life of another person);

4.1.9. participation of the Insured in a bet;

4.1.10. driving the Insured Person by any means of land, water or

наземного, водного або повітряного транспорту без належної підготовки та посвідчення на право керування або передачею нею керування особі, яка не має належної підготовки та посвідчення чи перебувала у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, під дією снодійних препаратів чи транквілізаторів;

4.1.11. польотами на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить як пасажир у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення;

4.1.12. лікуванням дермато-венеричних захворювань, що передаються статевим шляхом;

4.1.13. лікуванням гельмінтозів, педікульозу, аскаридоз та інших інвазій;

4.1.14. лікуванням будь-яких хвороб Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;

4.1.15. лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії бактеріологічного, хімічного забруднення, радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;

4.1.16. лікуванням розладів слуху (наявність сіркових пробок);

4.1.17. лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання (опіку I та II ступеню);

4.1.18. лікуванням дерматитів, кропивниць та еритем, алергічних реакцій, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

4.1.19. діагностикою та лікуванням онкологічних захворювань або смертю внаслідок таких захворювань (за винятком випадків усунення загрози життю Застрахованої особи, що виникла непередбачено та раптово);

4.1.20. отриманням медичних та інших послуг у випадках, що сталися під час поїздки, яку було здійснено всупереч порадам лікаря, або з метою заздалегідь спланованого чи передбачуваного лікування за кордоном;

4.1.21. усуненням косметичних дефектів, реконструктивними та пластичними операціями;

4.1.22. реабілітаційною терапією та фізіотерапією, проведенням курсів санаторно-курортного лікування, косметологічне, лікування методами «нетрадиційної» медицини (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія, гомеопатія, геліотерапія, водолікування), масажем тощо;

4.1.23. будь-яким протезуванням, в тому числі забезпеченням зубними протезами або штучними зубами;

4.1.24. стоматологічними послугами, крім екстреної допомоги у разі гострого зубного болю або допомоги, необхідної для лікування наслідків нещасного випадку;

4.1.25. вагітністю, її наслідками та ускладненнями, пологами після 29-го тижня вагітності;

4.1.26. обстеженням і лікуванням, що пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками;

4.1.27. лікуванням на території країни постійного проживання Застрахованої особи;

4.1.28. лікуванням, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання;

4.1.29. лікуванням психічних розладів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної ізоляції або госпіталізації Застрахованої особи з подальшим поверненням до країни постійного проживання після стабілізації психічного стану Застрахованої особи;

4.1.30. вакцинацією, щепленням; одержанням медичних довідок і свідчень;

4.1.31. допоміжних медичних засобів (окуляри, лінзи, слухові апарати, медичні термометри, милиці, інвалідні коляски тощо);

4.1.32. обстеженням і лікуванням за допомогою методів нетрадиційної медицини;

4.1.33. лікуванням, що проходить після закінчення строку дії Договору страхування, за винятком обставин, коли страховий випадок пов'язаний із невідкладним стаціонарним лікуванням, розпочатим в період дії Договору страхування. У такому разі Страховик відшкодовує витрати на невідкладне стаціонарне лікування до

air transport without proper training and driving license or transfer of control to a person who does not have proper training and license or was in a state of alcohol, drugs or toxic inebriation, under the influence of sleeping pills or tranquilizers;

4.1.11. flights on any aircraft, except when the Insured person flies as a passenger in a civilian aircraft, the owner of which has a license for passenger transportation;

4.1.12. treatment of dermato-venereal sexually transmitted diseases;

4.1.13. treatment of helminthiasis, pediculosis, ascariidosis and other invasions;

4.1.14. treatment of any diseases of the Insured Person related to HIV infection;

4.1.15. treatment of diseases or injuries caused by bacteriological, chemical contamination, radioactive or other ionizing radiation;

4.1.16. treatment of hearing disorders (presence of sulfur plugs);

4.1.17. treatment of skin and subcutaneous tissue diseases associated with the action of sunlight (burns of I and II degree);

4.1.18. treatment of dermatitis, urticaria and erythema, allergic reactions, except in cases that require immediate medical attention to save the life of the Insured;

4.1.19. diagnosis and treatment of oncological diseases or death as a result of such diseases (except for cases of elimination of the threat to the life of the Insured Person, which arose unforeseen and suddenly);

4.1.20. receiving medical and other services in cases that occurred during a trip that was carried out against the advice of a doctor, or for the purpose of pre-planned or foreseen treatment abroad;

4.1.21. elimination of cosmetic defects, reconstructive and plastic operations;

4.1.22. rehabilitation therapy and physiotherapy, courses of sanatorium treatment, cosmetology, treatment by methods of "non-traditional" medicine (manual therapy, acupuncture, homeopathy, heliotherapy, hydrotherapy), massage, etc.;

4.1.23. any prosthetics, including the provision of dentures or artificial teeth;

4.1.24. dental services, other than emergency care in case of acute toothache or care needed to treat the consequences of an accident;

4.1.25. pregnancy, its consequences and complications, childbirth after the 29th week of pregnancy;

4.1.26. examinations and treatments related to abortion or childbirth and their consequences;

4.1.27. treatment in the territory of the country of permanent residence of the Insured Person;

4.1.28. treatment, which according to medical indications may be postponed until the return of the Insured Person to the country of permanent residence;

4.1.29. treatment of mental disorders and diseases, except for cases that require immediate isolation or hospitalization of the Insured Person with subsequent return to the country of permanent residence after stabilization of the mental state of the Insured Person;

4.1.30. vaccination; obtaining medical certificates;

4.1.31. medical aids (glasses, lenses, hearing aids, medical thermometers, crutches, wheelchairs, etc.);

4.1.32. examination and treatment using the methods of alternative medicine;

4.1.33. treatment that occurs after the expiry of the Insurance contract, except for cases when the insured event is related to urgent inpatient treatment started during the validity of the Insurance contract. In this case, the Insurer reimburses the costs of emergency inpatient treatment until the moment of discharge of the

моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але не більш **ніж 7 днів після** закінчення Договору страхування.

4.2. Страховик не відшкодовує витрат:

4.2.1. якщо транспортування Застрахованої особи здійснювалось з одного медичного закладу в інший без попереднього погодження з Асистуючою компанією або зі Страховиком;

4.2.2. якщо страховий випадок стався внаслідок заняття спортом (п. 1.3.25.2 Договору страхування (**Додаток 2** до Оферти)), якщо це не зазначено у **п. 9** Індивідуальної частини Договору страхування (**Додаток 1** до Оферти)

4.2.2.1. якщо страховий випадок стався внаслідок заняття спортом (п. 1.3.25.2 Договору страхування (**Додаток 2** до Оферти)) при виконанні Застрахованою особою будь-якої роботи за наймом відповідно до **п. 9** Індивідуальної частини Договору страхування (**Додаток 1** до Оферти) та п. 1.3.25.3 Договору страхування (**Додаток 2** до Оферти);

4.2.3. на медичну евакуацію або репатріацію, якщо вони організовані без погодження з Асистуючою компанією або зі Страховиком;

4.2.4. на медичну евакуацію, якщо стан Застрахованої особи не перешкоджає продовженню поїздки та/або якщо за медичними показаннями невідкладне лікування Застрахованої особи може бути здійснене за місцем перебування Застрахованої особи;

4.2.5. на будь-які послуги, пов'язані з наданням Застрахованій особі додаткового комфорту: лікарняні палати підвищеного комфорту, забезпечення телевізором, радіоприймачем, телефоном, кондиціонером або іншою побутовою технікою, надання послуг перукаря, косметолога, масажиста тощо;

4.2.6. на юридичну допомогу Застрахованої особи, якщо вона була надана без попереднього узгодження з Асистуючою компанією, за винятком випадків екстреної необхідності (позбавлення волі, арешт тощо);

4.2.7. що пов'язані з самоізоляцією чи обсервацією Застрахованої особи;

4.2.8. на вартість проживання та харчування Застрахованої особи під час амбулаторного лікування COVID-19;

4.2.9. на зворотний квиток до місця постійного проживання для хворої на COVID-19 Застрахованої особи у разі, якщо вона пропустила свій плановий рейс через стаціонарне лікування та/або обсервацією та/або самоізоляцію;

4.2.10. пов'язаних з незручностями використання авіаційного транспорту, у випадку затримки доставки багажу, якщо:

4.2.10.1. багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є місце постійного проживання Застрахованої особи;

4.2.10.2. Страхувальник (Застрахована особа) не повідомив уповноваженому представникові авіалінії про затримку доставки багажу або його втрату;

4.2.10.3. затримка багажу Страхувальника (Застрахованої особи) викликана митним оглядом.

4.3. За цим Договором страхування Страховик не відшкодовує збитки, які пов'язані з моральною шкодою, що заподіяна Застрахованій особі під час здійснення нею подорожі.

4.4. За цим Договором страхування не є страховим випадком події, що виникли до укладення Договору страхування та/або до перетину Застрахованою особою кордону та/або поза межами місця дії Договору страхування.

4.5. Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат за витрати, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані зі:

4.5.1. стихійним лихом (явищем);

4.5.2. безпосереднім або опосередкованим впливом воєнних дій будь-якого роду, релігійних, громадянських заворушень і страйків, із будь-якими терористичними діями або будь-якими іншими діями з політичних мотивів незалежно від того, брала в них участь Застрахована особа чи ні;

4.5.3. епідеміями особливо небезпечних інфекцій, пандеміями та спалахами інших вірусних та/або бактеріальних інфекцій — за умови, коли країна, де перебуває Застрахована особа оголошує карантин, надзвичайний стан або ситуацію щодо даного захворювання;

Insured from the hospital, but not more **than 7 days after** the end of the Insurance Contract.

4.2. The insurer does not reimburse the expenses:

4.2.1. if the Insured Person was transported from one medical institution to another without prior agreement with the Assisting Company or the Insurer;

4.2.2. if the insured event occurred as a result of doing sports (par. 1.3.25.2 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)), if it is not specified in clause 9 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer)

4.2.2.1. if the insured event occurred as a result of doing sports (par.1.3.25.2 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)) when the Insured person performs any employment in accordance with paragraph 9 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer) and par. 1.3.25.3 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer);

4.2.3. for medical evacuation or repatriation, if they are organized without the consent of the Assisting Company or the Insurer;

4.2.4. for medical evacuation, if the condition of the Insured Person does not prevent the continuation of the trip and/or if according to medical indications immediate treatment of the Insured Person can be carried out at the location of the Insured Person;

4.2.5. for any services related to the provision of additional comfort to the Insured: hospital wards of increased comfort, provision of TV, radio, telephone, air conditioning or other household appliances, provision of hairdressing, cosmetology, massage, etc.;

4.2.6. for legal assistance of the Insured Person, if it was provided without prior agreement with the Assisting Company, except in cases of emergency (imprisonment, arrest, etc.);

4.2.7. related to self-isolation or observation of the Insured;

4.2.8. for the cost of accommodation and meals of the Insured Person during outpatient treatment of COVID-19;

4.2.9. for a return ticket to the place of permanent residence for the Insured person sick with COVID-19 in case he/she missed his/her scheduled flight due to inpatient treatment and/or observation and/or self-isolation;

4.2.10. associated with the inconvenience of using air transport, in case of delayed delivery of baggage, if:

4.2.10.1. baggage is transported by a flight, the final point of which is the place of permanent residence of the Insured;

4.2.10.2. The Policyholder (Insured Person) did not notify the authorized representative of the airlines of the delay in the delivery of luggage or its loss;

4.2.10.3. the delay of the Policyholder's (Insured Person's) baggage is caused by the customs inspection.

4.3. Under this Insurance Contract, the Insurer does not indemnify for damages related to non-pecuniary damage caused to the Insured during his/her travel.

4.4. Under this Insurance Contract an event that occurred before the conclusion of the Insurance Contract and/or before the Insured person crosses the border and/or outside the terms of validity of the Insurance Contract is not considered an insured event

4.5. The Insurer shall not be liable and shall not pay insurance reimbursement for expenses if they are directly or indirectly related to:

4.5.1. natural disaster (phenomenon);

4.5.2. direct or indirect influence of military actions of any kind, religious, civil riots and strikes, with any terrorist acts or any other actions for political reasons, regardless of whether the Insured Person took part in them or not;

4.5.3. epidemics of particularly dangerous infections, pandemics and outbreaks of other viral and/or bacterial infections — provided that the country, where the Insured Person stays, declares a quarantine, state of emergency or situation regarding the disease;

4.5.4. умови, що викладені у п. 4.5.1–4.5.3 Договору страхування (Додаток 2 до Оферти) не стосуються випадків, коли Застрахована особа потрапила на територію держави/країни до моменту початку такої дії або стихійного лиха (явища) або ситуацій щодо захворювань (п. 4.5.3 Договору страхування (Додаток 2 до Оферти)) та захворювань передбачених Програмами страхування (та **Розділ 15** Договору страхування (Додаток 2 до Оферти)).

4.6. За цим Договором страхування Страховик не відшкодовує витрати на виявлення Коронавірусу SARS-CoV-2 (COVID-19), а саме на:

4.6.1. тести, при перетині кордону країни в'їзду з метою отримання права на в'їзд;

4.6.2. тести, щодо контакту Застрахованої особи з інфікованим, при відсутності симптомів захворювання;

4.6.3. тести, за власним бажанням Застрахованої особи без необхідності з медичної точки зору;

4.6.4. тести без направлення лікаря та без погодження з Асистуючою компанією.

4.7. За цим Договором страхування Страховик не відшкодовує витрати на оплату медичних та інших послуг, що пов'язані з розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 (COVID-19), якщо на момент звернення Застрахованої особи до медичного закладу, ця особа не має Сертифікату про повну вакцинацію від COVID – 19, встановленого зразку з терміном після другого щеплення не менше, ніж 14 діб; ці умови не стосуються осіб віком до 18 років.

5. МІСЦЕ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Територія дії Договору (зазначається у п. 8 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти)):

5.1.1. Територія I — «Європа» (EUROPE): всі країни географічної Європи (включаючи Білорусь, Росію, Грузію, Азербайджан, Вірменію, Казахстан), країни Середземномор'я (Єгипет, Марокко, Туніс, Туреччина, Кіпр), а також ОАЕ.

5.1.2. Територія II — «Цілий світ» (WORLD WIDE): всі країни світу.

5.2. Дія Договору страхування не поширюється:

5.2.1. на територію України, країни постійного проживання Застрахованої особи або країни, громадянином якої вона є;

5.2.2. на територію країн, що знаходяться під санкціями ООН, а також на території зон будь-яких бойових дій або збройних конфліктів, стихійного лиха (явища).

5.3. Цей Договір страхування набирає чинності з моменту перетину Застрахованою особою кордону України/країни постійного проживання, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, зазначеного у п. 6 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти), як дата початку строку дії Договору страхування, та не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, наступного за днем надходження страхового платежу відповідно до п. 14 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти) на рахунок Страховика, та припиняється в момент перетину кордону України (країни постійного проживання) при виїзді з країни перебування, або по закінченні кількості днів (періоду страхування) перебування за кордоном, але не пізніше 24-ї години дня, зазначеного в п. 6 Договору страхування (Додаток 1 до Оферти), як дата його закінчення.

5.4. Якщо Договором страхування передбачено багаторазові подорожі Застрахованої особи (п. 1.3.26 Договору страхування (Додаток 2 до Оферти)), то Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, протягом яких Застрахована особа фактично перебувала за кордоном, але не більше кількості днів відповідно до п. 7 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).

5.5. Якщо на момент укладення цього Договору страхування Застрахована особа, знаходиться за межами території України, дія Договору страхування не поширюється на події, які настали до 00 годин 00 хвилин за Київським часом 7-го дня від дати, зазначеної у п. 6 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти), як дата початку строку його дії.

4.5.4. the conditions set forth in clauses 4.5.1–4.5.3 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer) do not apply to cases when the Insured person entered the territory of the state/country before the beginning of such actions or natural disasters (phenomena) or disease situations (p.4.5.3 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)) and diseases provided by the Insurance Programs (and Section 15 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)).

4.6. Under this Insurance Contract, the Insurer does not reimburse the costs of detection of Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), namely:

4.6.1. tests, when crossing the border of the country of entry in order to obtain the right to enter;

4.6.2. tests on the contact of the Insured with the infected person, in the absence of symptoms of the disease;

4.6.3. tests, at the own request of the Insured Person without the need from a medical point of view;

4.6.4. tests without a doctor's referral and without the consent of the Assisting Company.

4.7. Under this Insurance Contract, the Insurer does not reimburse the costs of medical and other services related to the health disorder of the Insured Person due to laboratory-confirmed coronary viral infection SARS-CoV-2 (COVID-19), if at the time of the Insured Person's application to a medical institution, these persons do not have a Certificate of complete vaccination against COVID - 19 of the established form with a period after the second vaccination at least 14 days; these conditions do not apply to persons under 18 years of age.

5. PLACE AND TERM OF THE INSURANCE CONTRACT

5.1. Territory of the Contract (specified in clause 8 of the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer)):

5.1.1. Territory I — «EUROPE»: all countries of geographical Europe (including Belarus, Russia, Georgia, Azerbaijan, Armenia, Kazakhstan), Mediterranean countries (Egypt, Morocco, Tunisia, Turkey, Cyprus), and the UAE.

5.1.2. Territory II — «WORLD WIDE»: all countries of the world.

5.2. The Insurance Contract does not apply:

5.2.1. to the territory of Ukraine, the country of permanent residence of the Insured Person or the country of which he is a citizen;

5.2.2. on the territory of countries under UN sanctions, as well as on the territory of zones of any hostilities or armed conflicts, natural disasters (phenomena).

5.3. This Insurance Contract enters into force from the moment the Insured person crosses the border of Ukraine/country of permanent residence, but not earlier than 00:00 Kyiv time of the day specified in paragraph 6 of the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer), as the start date the term of the Insurance Contract, and not earlier than 00:00 Kyiv time of the day following the day of receipt of the insurance premium to the Insurer's account in accordance with paragraph 14 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer), and terminates when the Insured person crosses the border of Ukraine (country of permanent residence) leaving the host country, or after the expiration of number of days (insurance period) of stay abroad, but not later than the 24th hour of the day specified in paragraph 6 of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer), as its expiration date.

5.4. If the Insurance Contract provides for multiple trips of the Insured Person (par 1.3.26 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)), the Insurer shall be liable within the number of days during which the Insured Person was actually abroad, but not more than the number of days according to Clause 7 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

5.5. If at the time of concluding this Insurance Contract the Insured Person is outside the territory of Ukraine, the Insurance Contract does not apply to events that occurred before 00:00 Kyiv time on the 7th day from the date specified in paragraph 6 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer) as the effective date of its validity.

6. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ ТА СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

6.1. Страхова сума та страховий платіж за «Медичними витратами» на одну Застраховану особу встановлюється в ЄВРО (EUR) та зазначається у п. 11 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).

6.2. За «Медичними витратами» Страховальник вносить страховий платіж (п. 14 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти)) у національній грошовій одиниці (гривні) шляхом перерахунку суми страхового платежу ЄВРО (EUR) до гривні, за офіційним курсом Національного банку України на день укладення Договору страхування.

6.3. Страхова сума та страховий платіж за «Нещасним випадком» на одну Застраховану особу встановлюється в гривні та зазначається у п. 11 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).

6.4. Страховий тариф зазначається у п. 13 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).

6.5. Загальний страховий платіж за цим Договором за усіма Застрахованими особами зазначається у п. 14 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).

6.6. Страховий платіж вноситься Страховальником одноразово за весь період дії Договору страхування.

6.7. Франшиза за цим Договором страхування встановлюється у п. 12 Індивідуальної частини Договору страхування (Додаток 1 до Оферти).

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. **Страховальник (Застрахована особа) має право:**

7.1.1. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку в порядку, передбаченому Договором страхування та Правилами;

7.1.2. ініціювати внесення змін до Договору страхування;

7.1.3. припинити дію Договору згідно із законодавством України;

7.1.4. одержати дублікат Договору страхування у разі його втрати;

7.1.5. у судовому порядку оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті.

7.2. **Страховик має право:**

7.2.1. перевіряти достовірність інформації та документів, поданих Страховальником, а також виконання (дотримання) умов Договору страхування;

7.2.2. з'ясовувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі подані Страховальником/Застрахованою особою документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру збитку; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку;

7.2.3. ініціювати внесення змін до Договору страхування і вимагати від Страховальника додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику;

7.2.4. відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором страхування та Правилами;

7.2.5. якщо Страховальник/Застрахована особа без поважних причин не повідомила Страховика про настання страхового випадку — відмовити в страховій виплаті;

7.2.6. припинити Договір страхування згідно із законодавством України.

7.3. **Страховальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**

7.3.1. вносити страхові платежі у розмірах і у строки, визначені Договором страхування;

7.3.2. при укладанні Договору страхування письмово надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

7.3.3. впродовж 3 (трьох) робочих днів повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (відомостей зазначених у Договорі

6. SUM INSURED, INSURANCE RATE AND INSURANCE PAYMENT

6.1. The sum insured and the insurance payment for "Medical expenses" per Insured person is set in EURO (EUR) and specified in paragraph 11 of the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

6.2. For "Medical expenses" the Insured pays an insurance premium (paragraph 14 of the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer)) in national currency (Hryvnia) by converting the amount of insurance premium nominated in EURO (EUR) to Hryvnia, at the official exchange rate of the National Bank of Ukraine the day of concluding the Insurance Contract.

6.3. The sum insured and the insurance premium for an "Accident" per Insured Person is set in UAH and is indicated in clause 11 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

6.4. The insurance rate is specified in paragraph 13 of the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

6.5. The total insurance payment under this Contract for all Insured Persons is specified in clause 14 of the Personal Part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

6.6. The insurance premium is made by the Policyholder once for the entire period of the Insurance Contract.

6.7. The deductible under this Insurance Contract is indicated in clause 12 of the Personal part of the Insurance Contract (Appendix 1 to the Offer).

7. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

7.1. The Policyholder (Insured Person) has the right to:

7.1.1. receive an insurance indemnity in the event of an insured event in the manner prescribed by the Insurance Contract and the Rules;

7.1.2. initiate amendments to the Insurance Contract;

7.1.3. terminate the Insurance Contract in accordance with the legislation of Ukraine;

7.1.4. to receive a duplicate of the Insurance Contract in case of its loss;

7.1.5. to appeal in court against the Insurer's refusal to pay the insurance indemnity.

7.2. The Insurer has the right to:

7.2.1. check the accuracy of information and documents submitted by the Policyholder, as well as compliance with the terms of the Insurance Contract;

7.2.2. to find out the reasons, circumstances and consequences of the insured event, to check all the documents submitted by the Policyholder/Insured Person, to send inquiries to the competent authorities on issues related to the investigation of the causes of the insured event and determining the amount of damage; independently conduct investigations to determine the causes and circumstances of the insured event;

7.2.3. initiate amendments to the Insurance Contract and demand from the Policyholder an additional insurance payment when the degree of risk increases;

7.2.4. refuse the insurance indemnity or reduce its amount in the cases provided by the Insurance Contract and the Rules;

7.2.5. refuse the insurance indemnity if the Policyholder/Insured Person without valid reasons did not inform the Insurer about the occurrence of the insured event;

7.2.6. terminate the Insurance Contract in accordance with the legislation of Ukraine.

7.3. The Policyholder (Insured Person) is obliged to:

7.3.1. pay insurance premiums in the amounts and within the terms specified in the Insurance Contract;

7.3.2. when entering the Insurance Contract, provide the Insurer in writing with information on all known circumstances that are essential for the assessment of insurance risk;

7.3.3. notify the Insurer within 3 (three) working days of any change in insurance risk (information specified in the Insurance

страхування). У разі збільшення ступеня ризику — на вимогу Страховика укласти додаткову угоду до Договору страхування і сплатити додатковий страховий платіж;

7.3.4. ознайомитися з умовами Договору страхування та Правилами;

7.3.5. ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами;

7.3.6. при укладанні Договору страхування письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору страхування;

7.3.7. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування;

7.3.8. виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистуючої компанії або Страховика;

7.3.9. погоджувати зі Страховиком або Асистуючою компанією, телефони якої зазначені у Договорі страхування, всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг у разі настання страхового випадку;

7.3.10. надати право доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;

7.3.11. уживати всіх необхідних заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку;

7.3.12. виконувати усі умови Договору страхування.

7.3.13. У разі отримання Вигодонабувачем відшкодування збитку в будь-якій формі від третіх осіб, винних у настанні страхового випадку, протягом 3 (трьох) робочих днів (з дня отримання) письмово сповістити про це Страховика, а якщо виплата страхового відшкодування вже була здійснена Страховиком — упродовж 30 (тридцяти) робочих днів повернути Страховику суму отриманого страхового відшкодування або відповідну його частину.

7.3.14. Повернути Страховику виплачену суму страхової виплати упродовж 30 (тридцять) робочих днів, якщо протягом встановлених законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, яка є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

7.3.15. Сповістити Страховика про можливий судовий процес, що розпочатий по відношенню до третіх осіб або Застрахованої особи (Вигодонабувача), що має безпосереднє або опосередковане відношення до страхового випадку.

7.3.16. Утримуватися від будь-яких дій, що можуть зашкодити інтересам Страховика, за винятком здійснення своїх прав, що визначені Правилами та Договором страхування.

7.3.17. Забезпечити право вимоги до осіб, відповідальних за завдану шкоду, а також передати Страховику усі документи та здійснити всі дії, необхідні для забезпечення права вимоги до винуватців (третіх осіб).

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Правилами;

7.4.2. 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;

7.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений цим Договором страхування строк;

7.4.4. тримати у таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу), його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8. Дії ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. У разі настання події, що має ознаки страхової, Застрахована особа або її уповноважений представник зобов'язана негайно повідомити про це Асистуючу компанію за номером цілодобового багатоканального телефону: +38 044 209 07 29, або направивши **SMS повідомлення** на номер: +38 067 392 48 33, Viber, WhatsApp +38 050 861 06 18, або e-mail: assist@assist-ukraine.com

Contract); enter into an additional agreement to the Insurance Contract and pay an additional insurance premium in case of increasing the degree of risk — at the request of the Insurer;

7.3.4. get acquainted with the terms of the Insurance Contract and the Rules;

7.3.5. acquaint the Insured Person with the terms of the Insurance Contract and the Rules;

7.3.6. when concluding the Insurance Contract, notify the Insurer in writing about other valid Insurance contracts concerning the subject of the Insurance Contract;

7.3.7. notify the Insurer about the occurrence of the insured event within the period stipulated by the terms of the Insurance Contract;

7.3.8. follow the orders and/or recommendations of the Assisting Company or the Insurer;

7.3.9. agree with the Insurer or the Assisting Company, which telephone numbers are specified in the Insurance Contract, all actions related to receiving treatment and other services upon the occurrence of an insured event;

7.3.10. grant the right of access to medical experts of the Insurer and his authorized representatives to all medical, financial and other documentation related to the insured event;

7.3.11. take all necessary measures to prevent and reduce losses caused by the occurrence of the insured event;

7.3.12. fulfill all the conditions of the Insurance Contract.

7.3.13. In case the Beneficiary receives indemnification in any form from third parties guilty of the insured event notify the Insurer in writing within 3 (three) working days (from the date of receipt), and return to the Insurer within 30 (thirty) working days the amount of the received insurance indemnity or its corresponding part if the payment of insurance indemnity has already been made by the Insurer;

7.3.14. Return to the Insurer the paid amount of insurance indemnity within 30 (thirty) working days, if during the statute of limitations established by the legislation of Ukraine circumstances have appeared that are the basis for refusing to pay indemnity.

7.3.15. Notify the Insurer about a possible lawsuit initiated against third parties or the Insured person (Beneficiary) that is directly or indirectly related to the insured event.

7.3.16. Refrain from any actions that may harm the interests of the Insurer, except for the exercise of their rights under the Rules and the Insurance Contract.

7.3.17. Ensure the right to claim from the persons responsible for the damage, as well as transfer all documents to the Insurer and take all actions necessary to ensure the right of claim against the damage causers (third parties).

7.4. The Insurer is obliged to:

7.4.1. to acquaint the Policyholder with the terms of the Insurance Contract and the Rules;

7.4.2. take measures to draw up all the necessary documents for the timely payment of the insurance indemnity within 2 (two) working days, as soon as it becomes known about the occurrence of the insured event;

7.4.3. pay an insurance indemnity upon the occurrence of an insured event within the period provided by this Insurance Contract;

7.4.4. keep secret information about the Policyholder (Insured Person), his property status, except as provided by the legislation of Ukraine.

8. ACTIONS OF THE INSURED PERSON UPON OCCURRENCE OF INSURED EVENT

8.1. Upon occurrence of an event that has signs of an insured one, the Insured Person or his authorized representative must immediately notify the Assisting Company at the number of round-the-clock multi-channel phone: +38 044 209 07 29, or by sending an SMS to: +38 067 392 48 33; Viber, WhatsApp +38 050 861 06 18, or e-mail: assist@assist-ukraine.com

8.1.1. та повідомити наступну інформацію щодо Застрахованої особи:

- прізвище, ім'я;
- причину звернення;
- номер Договору страхування та термін його дії;
- страхову суму за Договором страхування;
- програму страхування;
- своє місцезнаходження та номер контактного телефону;
- адресу та телефон особи, яка здійснює лікування.

8.1.2. Узгодити з Асистуючою компанією та/або Страховиком всі свої подальші дії з отримання медичної або іншої допомоги та діяти у суворій відповідності до інструкцій і рекомендацій Асистуючої компанії та/або Страховика.

8.1.2.1. У випадку, якщо Застрахована особа (або особа, яка представляє інтереси) з об'єктивних та поважних причин не змогла зв'язатись з Асистуючою компанією та/або Страховиком для отримання необхідної допомоги і була змушена самостійно оплатити вартість наданої медичної або іншої допомоги, вона повинна при першій же можливості (але не пізніше 24 годин з моменту настання події) повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про факт звернення за допомогою і про суму своїх витрат. У разі невиконання цієї вимоги набирають чинності умови п. 9.1.1.2 цього Договору страхування (Додаток 2 до Оферти).

8.1.2.2. Відповідно до умов п. 8.1.2.1 цього Договору страхування (Додаток 2 до Оферти) до об'єктивних та поважних причин відноситься:

8.1.2.2.1. непритомний або інший гострий стан здоров'я Застрахованої особи (шок будь-якої етіології, колапс, втрата свідомості тощо), який об'єктивно не дозволяє зробити (або організувати) повідомлення про подію до Асистуючої компанії або Страховика;

8.1.2.2.2. відсутність діючих засобів зв'язку у місці перебування Застрахованої особи.

8.1.3. Порушення термінів повідомлення про настання події (що має ознаки страхового випадку) без поважних причин надає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати.

8.1.3.1. На вимогу Страховика, у випадку недотримання Застрахованою особою терміну повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа повинна обґрунтувати це у письмовій формі.

8.2. Подати письмову Заяву про подію, що має ознаки страхового випадку (за встановленою Страховиком формою) не пізніше 30 (тридцять) робочих днів від моменту в'їзду на територію України.

8.2.1. Якщо з поважних причин Застрахована особа або її довірена особа (представник) не змогли подати Страховику Заяву про подію, що має ознаки страхового випадку, у встановлений Договором страхування термін, вони зобов'язанні підтвердити це документально.

9. ПОРЯДОК НАДАННЯ ПОСЛУГ ТА ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. Страхова виплата в рахунок оплати «Медичних витрат», передбачених Програмою страхування, організованих Асистуючою компанією для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику Асистуючою компанією рахунків. Порядок та строки страхової виплати обумовлюються договорами між Страховиком та Асистуючою компанією.

9.1.1. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником/Застрахованою особою, отриманих за кордоном:

9.1.1.1. Якщо Застрахована особа узгодила суму витрат з Асистуючою компанією та/або Страховиком при настанні страхового випадку, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після повернення Застрахованої особи із-за кордону та після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання

8.1.1. and report the following information about the Insured Person:

- full name;
- the reason for the appeal;
- number of the Insurance Contract and term of its validity;
- the sum insured under the Insurance Contract;
- insurance program;
- the location of applicant and contact phone number;
- address and telephone number of the person providing treatment.

8.1.2. Agree with the Assisting Company and / or the Insurer all the further actions to receive medical or other assistance and act in strict accordance with the instructions and recommendations of the Assisting Company and / or the Insurer.

8.1.2.1. If the Insured person (or the representative) could not contract the Assisting Company or the Insurer for objective and valid reasons and/to obtain the necessary assistance and was forced to pay the cost of medical or other assistance provided, the Person must, as soon as possible (but not later than 24 hours from the moment of the event) notify the Insurer and/or the Assisting Company of the fact of recourse and the amount of the expenses. In case of non-compliance with this requirement, the conditions of par 9.1.1.2 of this Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer) shall enter into force.

8.1.2.2. In accordance with the terms of paragraph 8.1.2.1 of this Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer) the objective and valid reasons include:

8.1.2.2.1. unconscious or other acute state of health of the Insured (shock of any etiology, collapse, loss of consciousness, etc.), which objectively does not allow to make (or organize) notification of the event to the Assisting Company or the Insurer;

8.1.2.2.2. lack of effective means of communication at the location of the Insured person.

8.1.3. Violation of the terms of notification of the event (which has the characteristics of an insured event) without good reason gives the Insurer the right to refuse to pay an insurance indemnity.

8.1.3.1. At the request of the Insurer, in case the Insured Person fails to comply with the deadline for notification of an event that has the characteristics of an insured event, the Insured Person must justify this in writing.

8.2. Submit a written Application regarding the event that has the characteristics of an insured event (according to the form determined by the Insurer) no later than 30 (thirty) working days from the moment of entry into the territory of Ukraine.

8.2.1. If for valid reasons the Insured Person or his/her proxy (representative) has not been able to submit to the Insurer an Application for an event that has the characteristics of an insured event within the term established by the Insurance Contract, they are obliged to provide documentary evidence.

9. PROCEDURE OF SERVICES PROVISION AND DETERMINATION OF THE AMOUNT OF INSURANCE REIMBURSEMENT

9.1. Payment of insurance indemnity as reimbursement of «Medical expenses» provided by the Insurance Program, organized by the Assisting Company for the Insured Person, is made by the Insurer without the participation of the Insured Person on the basis of invoices issued to the Insurer by the Assisting Company. The procedure and terms of insurance payment are stipulated by the agreements between the Insurer and the Assisting Company.

9.1.1. In case of self-payment by the Policyholder/Insured Person of the cost of received abroad services:

9.1.1.1. If the Insured person upon the occurrence of an insured event agreed on the amount of expenses with the Assisting Company and/or the Insurer, the Insured's expenses are reimbursed by the Insurer after the Insured person's return from abroad and after reviewing the original documents confirming the

страхового випадку та суму витрат.

9.1.1.2. Якщо Застрахована особа не узгодила суму витрат з Асистуючою компанією та/або Страховиком, Страховик здійснює виплату у розмірі еквіваленту не більше 100 ЄВРО (EUR) на підставі оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

9.2. Умови здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку за ризиком «Нещасний випадок»:

9.2.1. у разі отримання Застрахованою особою травматичного ушкодження внаслідок нещасного випадку, згідно з «Таблицею розмірів страхових виплат в разі настання травматичних або інших тілесних ушкоджень Застрахованої особи»;

9.2.2. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок нещасного випадку розмір страхової виплати визначається у відсотках страхової суми за нещасним випадком:

9.2.2.1. 100% — у разі встановлення першої групи інвалідності;

9.2.2.2. 75% — у разі встановлення другої групи інвалідності;

9.2.2.3. 50% — у разі встановлення третьої групи інвалідності;

9.2.2.4. 80% — у разі встановлення первинної інвалідності неповнолітній Застрахованій особі.

9.2.3. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку Страховик виплачує Вигодонабувачу/спадкоємцям 100% страхової суми.

9.2.4. У разі смерті або встановлення інвалідності Застрахованій особі після травми та отримання Застрахованою особою частини страхової виплати, Вигодонабувачу виплачується різниця між виплатою, передбаченою в разі встановлення інвалідності або смерті Застрахованої особи, та здійсненою страховою виплатою.

9.3. Страхова виплата за п. 9.1.1 Договору страхування (Додаток 2 до Оферти)) здійснюється Застрахованій особі/Вигодонабувачу в Україні у національній грошовій одиниці України (гривня) шляхом переказу страхової виплати Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу за офіційним курсом Національного банку України гривні до ЄВРО (EUR), або валюти країни перебування, якою сплачувались рахунки, та яка визнається НБУ на дату фактичної сплати витрат за кордоном. Страхова виплата за п. 9.2 Договору страхування (Додаток 2 до Оферти)) здійснюється Застрахованій особі/Вигодонабувачу в Україні у національній грошовій одиниці України (гривня).

9.4. Страховик сплачує лікування Застрахованої особи за кордоном у межах страхової суми, встановленої Договором страхування, до того часу, коли стан здоров'я Застрахованої особи за висновком лікаря дасть змогу евакуювати її до України / країни постійного проживання.

9.5. Якщо на дату закінчення строку дії Договору страхування Застрахована особа потребує невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком Застрахована особа не підлягає евакуації в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи за кордоном строком не більше 7 календарних днів за умови, що такі витрати не виходять за межі страхової суми.

9.6. За кожним окремим видом страхування за кожною Застрахованою особою сума страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору страхування, не повинна перевищувати страхової суми, встановленої за кожною окремою Застрахованою особою.

9.7. За кожним окремим видом страхування загальна сума страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору страхування, не повинна перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

9.8. Якщо після здійснення страхової виплати за однією Застрахованою особою з'явилися підстави для виплати у більшому розмірі за відповідним страховим випадком, то Страховик здійснює страхову виплату за вирахуванням раніше здійснених виплат за цим страховим випадком.

9.9. Документи, що надаються Застрахованою особою для підтвердження факту настання страхового випадку та суми витрат:

fact of the insured event and the amount of expenses.

9.1.1.2. If the Insured person has not agreed the amount of expenses with the Assisting Company and / or the Insurer, the Insurer shall make a payment in the amount not exceeding EUR 100 on the basis of the original documents confirming the fact of the insured event.

9.2. Terms of insurance payment upon occurrence of an insured event at the risk of "Accident":

9.2.1. in case the Insured Person receives a traumatic injury as a result of an accident, the indemnity is paid according to the "Table of insurance benefits in case of traumatic or other bodily injuries of the Insured Person";

9.2.2. In case of establishing of disability group for the Insured person due to an accident, the amount of the insurance indemnity is determined as a percentage of the sum insured for the accident:

9.2.2.1. 100% — in case of establishing the first group of disability;

9.2.2.2. 75% — in case of establishing the second group of disability;

9.2.2.3. 50% — in case of establishing the third group of disability;

9.2.2.4. 80% — in case of establishing a primary disability of a minor Insured Person.

9.2.3. In case of death of the Insured Person as a result of an accident, the Insurer pays the Beneficiary / heirs 100% of the sum insured.

9.2.4. In case of death or establishment of disability of the Insured Person after injury if part of the benefit has already been received by the Insured Person, the Beneficiary shall be paid the difference between the sum provided in case of disability or death of the Insured Person and the insurance indemnity paid.

9.3. Insurance payment under par 9.1.1 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)) is made to the Insured Person / Beneficiary in Ukraine in the national currency of Ukraine (Hryvnia) by transferring the insurance reimbursement to the Policyholder/Insured Person/Beneficiary at the official exchange rate of the National Bank of Ukraine EURO (EUR), or the currency of the country of the stay in which the bills were paid and which is recognized by the NBU on the date of actual payment of expenses abroad. The insurance indemnity under clause 9.2 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer)) is paid out to the Insured Person / Beneficiary in Ukraine in the national currency of Ukraine (Hryvnia).

9.4. The Insurer pays for the Insured Person's treatment abroad within the sum insured determined in the Insurance Contract, until the Insured Person's state of health according to doctor's opinion allows to evacuate him to Ukraine / to the country of permanent residence.

9.5. If on the expiration date of the Insurance Contract the Insured Person needs urgent medical care, but according to the medical opinion the Insured Person is not subject to evacuation to the country of permanent residence, the Insurer shall reimburse the costs for further urgent medical care of the Insured Person abroad for not more than 7 calendar days on the condition that such costs do not exceed the sum insured.

9.6. For each individual type of insurance for each Insured Person, the amount of insurance indemnity for all insured events that occurred during the term of the Insurance Contract shall not exceed the sum insured determined for each individual Insured Person.

9.7. For each individual type of insurance, the total amount of insurance indemnity for all insured events that occurred during the term of the Insurance Contract shall not exceed the sum insured established by the Insurance Contract.

9.8. If, after paying out an insurance indemnity for one Insured Person, there are grounds for payment in a larger amount for the respective insured event, the Insurer shall pay an insurance indemnity less the previously made payments for this insured event.

9.9. Documents provided by the Insured to confirm the fact of the insured event and the amount of expenses:

9.9.1. письмова заява про страхову подію, що має ознаки страхового випадку (встановленої Страховиком форми);

9.9.2. копія Договору страхування, з яким Застрахована особа перебувала за кордоном;

9.9.3. оригінал довідки-рахунка або медичного рапорту від лікаря чи медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначеними прізвищем Застрахованої особи, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, докладними відомостями про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти;

9.9.4. рецепти (при наявності), виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

9.9.5. документи, що підтверджують факт оплати медикаментів, наданих медичних та інших послуг, передбачених Договором (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції тощо);

9.9.6. деталізовані рахунки за інші послуги із розбивкою їх за датами та вартістю;

9.9.7. рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час і вартість кожної розмови;

9.9.8. закордонний паспорт, довідка про реєстраційний номер облікової картки платника податків (далі — РНОКПП); документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (внутрішній паспорт).

9.9.9. оригінали проїзних документів (якщо заява подана з метою повернення вартості проїзду, або мала місце евакуація Застрахованої особи);

9.9.10. у разі смерті Застрахованої особи — оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи; довідка про причину смерті Застрахованої особи;

9.9.11. документи про правонаступництво або документ, що підтверджує право на спадщину на страхову виплату (для спадкоємців);

9.9.12. для дітей віком до 14 років — свідоцтво про народження дитини, копії паспорта та довідки про присвоєння РНОКПП одного з батьків/опікунів;

9.9.13. документи, які видані лікарсько-консультаційною комісією (ЛКК) або медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), що підтверджують встановлення інвалідності.

9.9.14. у разі дорожньо-транспортної пригоди (якщо Застрахована особа керувала транспортним засобом) — офіційний протокол або довідка компетентного органу країни тимчасового перебування про подію із зазначенням наступної інформації:

9.9.14.1. про посадових осіб, що засвідчують факт події та їх повноваження на виконання таких дій;

9.9.14.2. адреси та/або номери телефонів осіб, що засвідчили факт події;

9.9.14.3. докладний опис обставин події; копія закордонного паспорта;

9.9.14.4. стан Застрахованої особи щодо алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння.

9.10. Для прийняття обґрунтованого рішення за заявленою подією, з'ясування обставин страхового випадку та встановлення розміру страхової виплати Страховик має право письмово вимагати подання інших документів з обґрунтуванням причин вимоги, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку.

9.11. Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими та засвідченими належним чином. Усі документи надаються українською мовою. Якщо документи складені іншими мовами, Страховальник/Застрахована особа має надати офіційний переклад українською мовою.

10. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

10.1. Страховик приймає рішення про виплату або відмову у страховій виплаті **впродовж 20 робочих днів** від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують факт

9.9.1. a written statement about the event occurred that has the characteristics of an insured event (the form determined by the Insurer);

9.9.2. a copy of the Insurance Contract with which the Insured Person was abroad;

9.9.3. original certificate-invoice or medical report from a doctor or medical institution (on the letterhead of the institution or with the appropriate stamp) with the name of the Insured, the exact diagnosis, the date of medical treatment, duration of treatment, detailed information about medical services, diagnostics, appointed medicines;

9.9.4. prescriptions (if any) issued to the Insured Person by the attending physician for the purchase of medicines indicating the name of each drug;

9.9.5. documents confirming the fact of payment for medicines, medical and other services provided by the Contract (cash documents, receipts, receipts for the money, bank receipts, etc.);

9.9.6. detailed invoices for other services broken down by date and cost;

9.9.7. invoices for telephone conversations (facsimile messages), which indicate the telephone number, date, time and cost of each conversation;

9.9.8. foreign passport, certificate of registration number of the taxpayer's account card (hereinafter — PTN (Personal Tax Number)); document confirming the identity of the recipient of the insurance indemnity (internal passport).

9.9.9. originals of travel documents (if the application is submitted in order to return the fare, or there was an evacuation of the Insured person);

9.9.10. in case of death of the Insured Person — the original death certificate of the Insured Person; certificate of cause of death of the Insured person;

9.9.11. documents on succession or a document confirming the right to inheritance for insurance indemnity (for heirs);

9.9.12. for children under the age of 14 — a child's birth certificate, a copy of the passport and a certificate of assignment of PTN to one of the parents / guardians;

9.9.13. documents issued by the Medical Advisory Commission (MAC) or the Medical and Social Expert Commission (MSEC) confirming the establishment of disability.

9.9.14. in case of a traffic accident (if the Insured person was driving a vehicle) — an official protocol or certificate of the competent authority of the country of temporary stay about the event with the following information:

9.9.14.1. officials certifying the fact of the event and their authority to perform such actions;

9.9.14.2. addresses and/ or telephone numbers of persons who certified the fact of the event;

9.9.14.3. detailed description of the circumstances of the event;

9.9.14.4. the condition of the Insured Person regarding alcohol, drug and toxic inebriety.

9.10. To make a reasoned decision on the claimed event, clarify the circumstances of the insured event and determine the amount of insurance indemnity, the Insurer has the right to request in writing the submission of other documents justifying the reasons for the claim, confirming the fact and circumstances of the insured event.

9.11. All documents listed in this section must be authentic, executed and duly certified. All documents are provided in Ukrainian. If the documents are drawn up in other languages, the Policyholder / Insured Person must provide an official translation into Ukrainian.

10. DEADLINE FOR MAKING A DECISION ON PAYMENT OR REFUSAL TO PAY INSURANCE INDEMNITY

10.1. The Insurer shall make a decision on payment or refusal of insurance indemnity payment within 20 working days from the date of receipt by the Insurer of all necessary documents confirming the

настання, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

10.2. Страхова виплата здійснюється на підставі заяви Застрахованої особи (Вигодонабувача) на страхову виплату та складеного Страховиком страхового акту, із визначенням розміру страхової виплати. Страховик здійснює страхову виплату **впродовж 10 робочих днів** після прийняття рішення про страхову виплату.

10.3. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у письмовій формі з обґрунтуванням причин **впродовж 10 робочих днів** від дня його прийняття.

11. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

11.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладений цей Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.1.2. вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено цей Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

11.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет цього Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

11.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником або особою, на користь якої укладений цей Договір страхування, про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин та розміру збитків;

11.1.5. невиконання обов'язків за Договором страхування та/або вказівок Страховика (Асистуючої компанії) при організації або протягом лікування Застрахованої особи, в тому числі відмова від запропонованого лікувального закладу, призначеного лікування, переїзду до постійного місця проживання для продовження лікування (якщо за медичними показниками такий переїзд є доцільним та обґрунтованим);

11.1.6. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

12. ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ТА ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

12.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

12.1.2. при поверненні Застрахованої особи в країну постійного проживання/перетину державного кордону України (за виключенням, якщо Договір страхування, укладений на умовах «MULTI – TRIP» відповідно до п. 1.3.26 Договору страхування (**Додаток 2** до Оферти);

12.1.3. у випадку ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

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

12.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним — з дати, зазначеної в рішенні суду;

12.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

12.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до передбаченої дати припинення дії Договору страхування.

fact of occurrence, causes, circumstances and consequences of the insured event.

10.2. The insurance indemnity is paid on the basis of the application of the Insured Person (Beneficiary) for the insurance payment and the insurance act drawn up by the Insurer, with determination of the amount of the insurance payment. The Insurer pays out the insurance indemnity within 10 working days after the decision on the insurance indemnity.

10.3. The decision on refusal to pay insurance indemnity shall be sent by the Insurer to the Insured Person (Beneficiary) in writing with substantiation of the reasons within 10 working days from the date of decision.

11. GROUNDS FOR REFUSAL TO PAY THE INSURANCE INDEMNITY

11.1. The grounds for refusal to make an insurance payment are:

11.1.1. intentional actions of the Insured or the person in whose favour this Insurance Contract is concluded that are aimed at the occurrence of the insured event. This norm does not apply to actions related to the performance of the civil or official duties, in a state of necessary defence (without exceeding its limits) or protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. The qualification of these actions is established in accordance with the current legislation of Ukraine;

11.1.2. the commission by the Insured — a natural person or other person in whose favour this Insurance Contract is concluded, of an intentional crime that led to the insured event;

11.1.3. submission by the Policyholder of knowingly false information about the subject of this Insurance Contract or about the fact of occurrence of the insured event;

11.1.4. untimely notification by the Policyholder or the person in whose favour this Insurance Contract has been concluded of the occurrence of the insured event without valid reasons or creation of obstacles to the Insurer in determining the circumstances and amount of losses;

11.1.5. non-fulfilment of obligations under the Insurance Contract and/or instructions of the Insurer (Assisting Company) during the organization and course of treatment of the Insured Person, including refusal of the proposed medical institution, prescribed treatment, refusal of moving to a place of permanent residence to continue treatment (if such relocation is expedient and justified);

11.1.6. other cases provided by the current legislation of Ukraine.

12. TERMINATION OF THE INSURANCE CONTRACT AND AMENDMENTS TO THE INSURANCE CONTRACT

12.1. The Insurance contract is terminated and expires with the consent of the parties, as well as in the case of:

12.1.1. expiration of the Insurance Contract;

12.1.2. upon return of the Insured Person to the country of permanent residence /crossing the state border of Ukraine, unless the Insurance Contract concluded on the terms of «MULTI – TRIP» in accordance with paragraph 1.3.26 of the Insurance Contract (Appendix 2 to the Offer);

12.1.3. in case of liquidation of the Policyholder — a legal entity or death of the Policyholder — a natural person or loss of legal capacity, except for the cases provided by Articles 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine "On Insurance";

12.1.4. fulfilment by the Insurer of obligations to the Insured in full;

12.1.5. liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;

12.1.6. adjudication to declare the Insurance contract invalid — from the date specified in the court decision;

12.1.7. in other cases provided by the legislation of Ukraine.

12.2. The Insurance Contract may be terminated early at the request of the Policyholder or the Insurer.

12.3. Any party is obliged to notify the other party in writing of its intention to terminate the Insurance Contract in advance no later than 30 calendar days before the envisaged date of termination of the Insurance Contract.

12.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40 (сорока) відсотків страхового платежу, сплаченого за відповідним видом страхування, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40 (сорока) відсотків страхового платежу, сплаченого за відповідним видом страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені (або будуть здійснені) за цим Договором страхування.

12.6. Зміна умов Договору страхування в період його дії здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі письмової заяви однієї із сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною шляхом укладення додаткового договору до цього Договору страхування, який стає його невід'ємною частиною після підписання.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

13.1. Спори, що виникають між Страхувальником та Страховиком у зв'язку з Договором страхування, вирішуються шляхом переговорів. Якщо Сторони під час переговорів по суперечливим питанням не досягли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

13.2. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

14. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

14.1. Усі терміни, що використовуються в Договорі страхування визначені у Правилах та законодавстві України. Якщо значення терміну (найменування або поняття) не може бути визначено, виходячи з Правил чи законодавства, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

14.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати отримувачу страхової виплати шляхом сплати останньому пені у розмірі 0,01% від суми заборгованості за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нарахована пеня.

14.3. Страхувальник/Застрахована особа уповноважує Страховика направляти запити від його імені для отримання інформації, та відомостей необхідних для врегулювання страхового випадку.

14.4. Договір страхування складений у 2 (двох) примірниках, що мають однакову юридичну силу, українською та англійською мовами. При цьому обидва тексти є аутентичними, проте у випадку протиріч український текст має перевагу.

15. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ДО УМОВ ДОМБРОВІЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА КОРДОНОМ

1. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «ЕКОНОМ» (А)

За цією Програмою страхування Страховик відшкодовує витрати Застрахованої особи, що виникли при гострому захворюванні*, загострені хронічної хвороби, а також нещасному випадку, у зв'язку зі смертю Застрахованої особи що сталися на території та у період дії Договору страхування, а саме:

1.1. Медичні витрати, що включають:

12.4. In case of early termination of the Insurance Contract at the request of the Policyholder, the Insurer returns to him part of the insurance premium for the period remaining before the expiration of the Insurance Contract, deducting regulatory costs of 40 (forty) percent of the insurance premium paid for the specific kind of insurance and actual insurance indemnity payments made under this Insurance Contract. If the Policyholder's claim is due to the Insurer's violation of the terms of the Insurance Contract, the latter shall return to the Insured the paid insurance premium in full.

12.5. In case of early termination of the Insurance Contract at the request of the Insurer, the Policyholder shall be refunded the paid insurance premium in full. If the Insurer's claim is due to non-compliance by the Policyholder with the terms of the Insurance Contract, the Insurer shall return to the Policyholder the part of the insurance premium for the period remaining before the expiration of the Insurance Contract, deducting regulatory costs of 40 (forty) percent of the insurance premium for specific kind of insurance and actual amount of insurance indemnity that have been paid (or will be paid) under this Insurance Contract.

12.6. Changes to the terms of the Insurance Contract during the period of its validity are made with the consent of the Policyholder and the Insurer on the basis of a written application by one of the parties within 5 (five) business days from the date of receipt of the application by the other party by concluding an additional agreement, which becomes an integral part of this Insurance Contract after signing by both parties

13. DISPUTE RESOLUTION PROCEDURE. LIABILITY OF THE PARTIES

13.1. Disputes arising between the Policyholder and the Insurer in connection with the Insurance Contract shall be resolved through negotiations. If the Parties have not reached a consent during the negotiations on controversial issues, further settlement of disputes shall be carried out in accordance with the procedure stipulated by the current legislation of Ukraine.

13.2. In case of non-fulfilment or improper fulfilment of the terms of the Insurance Contract, the parties shall be liable in accordance with the current legislation of Ukraine.

14. FINAL PROVISIONS

14.1. All terms used in the Insurance Contract are defined in the Rules and legislation of Ukraine. If the meaning of a term (name or concept) cannot be determined on the basis of Rules or legislation, then such name or concept is used in its usual lexical meaning.

14.2. The Insurer is liable for late payment of the insurance indemnity to the recipient of the insurance indemnity by paying the penalty in the amount of 0.01% of the amount owed for each day of delay, but not more than double NBU discount rate in effect during the period for which the penalty is accrued.

14.3. The Policyholder / Insured person authorizes the Insurer to send requests on his behalf to obtain information and information necessary to settle the insured event.

14.4. The Insurance Contract is made in 2 (two) copies having equal legal force, in Ukrainian and English languages. Both texts are authentic, but in the case of contradictions, the Ukrainian text prevails.

15. INSURANCE PROGRAMS TO THE TERMS OF COMPREHENSIVE VOLUNTARY INSURANCE OF TRAVELLERS ABROAD

1. ECONOMY INSURANCE PROGRAM (A)

Under this Insurance Program, the Insurer reimburses the Insured's expenses incurred in case of acute illness*, exacerbated chronic illness, as well as accident, in connection with the death of the Insured person that occurred on the territory and during the validity of the Insurance Contract, namely:

1.1. Medical expenses, including:

1.1.1. Швидку медичну допомогу, що надається Застрахованій особі.
1.1.2. Стационарне лікування Застрахованої особи в медичному закладі, включаючи:
1.1.2.1. Медикаментозне лікування.
1.1.2.2. Вартість діагностичних та лікувальних процедур (у тому числі невідкладне оперативне втручання), а також використання будь-якого медичного обладнання.
1.1.2.3. Вартість консультаційних послуг та винагороди медичного персоналу.
1.1.2.4. Вартість перебування у медичному закладі.
1.1.3. Медичне транспортування: транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги або іншим видом транспорту до найближчого лікувального закладу (лікаря) для надання невідкладної медичної допомоги.
1.1.4. Медичну евакуацію Застрахованої особи із-за кордону до найближчого в місці постійного проживання міжнародного аеропорту (включаючи витрати на супроводжуючу особу за умови, що необхідність супроводу підтверджена відповідними документами лікувального закладу); при цьому невикористаний квиток на зворотний шлях Застрахованої особи надається Страховику.
1.1.4.1. Медична евакуація здійснюється (за відсутності медичних протипоказань) виключно у випадках:
1.1.4.1.1. Відсутності на території тимчасового перебування можливостей для надання необхідного обсягу невідкладної медичної допомоги.
1.1.4.1.2. Якщо витрати на медичну допомогу Застрахованій особі перевищують встановлену у Договорі страхування страхову суму.
1.1.4.1.3. Якщо подальше надання невідкладної допомоги та оперативне втручання можливе після повернення в Україну чи країну постійного проживання.
1.1.4.1.4. Якщо Застрахована особа відмовляється (письмово) від медичної евакуації, Страховик звільняється від обов'язку сплатити подальші витрати за цим страховим випадком, а Асистуюча компанія, з моменту відмови від медичної евакуації, припиняє надання послуг.

1.1.5. Репатріацію останків Застрахованої особи до найближчого в місці постійного проживання міжнародного аеропорту або витрати на її поховання на території країни тимчасового перебування, в тому числі:

1.1.5.1. на підготовку тіла до перевезення або його кремацію за кордоном (у разі погодження із членами сім'ї померлого);

1.1.5.2. на спеціальну труну (герметично закриту);

1.1.5.3. на оформлення всіх необхідних документів, що стосуються засвідчення смерті та необхідні для перевезення тіла.

*За цією Програмою страхування відшкодовуються витрати на оплату медичних та інших послуг, що пов'язані з розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 (COVID-19) у розмірі до 5 000,00 ЄВРО (EUR) (включаючи витрати на тестування при позитивному результаті). Витрати на **стаціонарне лікування** відшкодовуються до 14 днів, з моменту лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції.

1.2. **Адміністративні витрати**, що включають: Витрати у розмірі до 50 ЄВРО (EUR) на телефонний зв'язок з Асистуючою компанією, необхідний для повідомлення про екстремальну ситуацію або страхову подію (що має ознаки страхового випадку) та узгодження подальших дій.

2. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ» (B)

За цією Програмою страхування Страховик відшкодовує витрати Застрахованої особи, що виникли при гострому захворюванні*, загостренні хронічної хвороби, а також нещасному випадку, у зв'язку зі смертю Застрахованої особи що сталися на території та у період дії Договору страхування, а саме:

2.1. **Медичні витрати**, що включають:

2.1.1. Швидку медичну допомогу, що надається Застрахованій особі.

2.1.2. Амбулаторно медичну допомогу, включаючи консультації, лікарські послуги, невідкладні діагностичні та лабораторні дослідження,

1.1.1. Prompt medical assistance provided to the Insured Person.

1.1.2. Inpatient treatment of the Insured Person in a medical institution, including:

1.1.2.1. Medication.

1.1.2.2. The cost of diagnostic and treatment procedures (including emergency surgery), as well as the use of any medical equipment.

1.1.2.3. Cost of consulting services and remuneration of medical staff.

1.1.2.4. The cost of staying in a medical institution.

1.1.3. Medical transportation: transportation of the Insured Person by ambulance or other mode of transport to the nearest medical institution (doctor) for emergency medical care.

1.1.4. Medical evacuation of the Insured Person from abroad to the nearest international airport in the place of permanent residence (including the costs of an accompanying person, provided that the need for support is confirmed by the relevant documents of the medical institution); in this case, the unused ticket for the return trip of the Insured Person is provided to the Insurer.

1.1.4.1. Medical evacuation is carried out (in the absence of medical contraindications) only in cases:

1.1.4.1.1. Lack of opportunities to provide the necessary amount of emergency medical care on the territory of the temporary stay.

1.1.4.1.2. If the costs of medical care to the Insured Person exceed the insurance amount established in the Insurance Contract.

1.1.4.1.3. If further emergency care and surgical intervention is possible after returning to Ukraine or the country of permanent residence.

1.1.4.1.4. If the Insured person refuses (in writing) the medical evacuation, the Insurer is released from the obligation to pay further expenses for this insured event, and the Assisting Company, from the moment of refusal of the medical evacuation, stops providing services.

1.1.5. Repatriation of the remains of the Insured person to the nearest international airport in the place of permanent residence or the cost of his burial in the territory of the country of temporary stay, including:

1.1.5.1. preparation of the body for transportation or its cremation abroad (in case of agreement with the family members of the deceased);

1.1.5.2. special coffin (hermetically closed);

1.1.5.3. Execution of all the necessary documents relating to the death certificate and necessary for the carriage of the body.

* Under this Insurance Program, the costs of medical and other services related to the health of the Insured Person due to laboratory-confirmed coronavirus infection SARS-CoV-2 (COVID-19) in the amount of up to EUR 5,000.00 are reimbursed (including the cost of testing with a positive result). The costs of inpatient treatment are reimbursed up to 14 days from the moment of laboratory-confirmed coronavirus infection.

1.2. **Administrative costs**, including: Expenses of up to EUR 50 for telephone communication with the Assisting Company, necessary for notification of an emergency situation or occurrence of event (with the signs of insured one) and coordination of further actions.

2. STANDARD INSURANCE PROGRAM (B)

Under this Insurance Program, the Insurer reimburses the Insured's expenses incurred in case of acute illness*, exacerbated chronic illness, as well as accident, in connection with the death of the Insured person that occurred on the territory and during the term of the Insurance Contract, namely:

2.1. **Medical expenses**, including:

2.1.1. Prompt medical assistance provided to the Insured person.

2.1.2. Outpatient care, including consultations, medical services, emergency diagnostic and laboratory tests, medications, dressings,

медикаменти, перев'язувальні матеріали, необхідні засоби фіксації.

2.1.3. Стационарне лікування Застрахованої особи в медичному закладі, включаючи:

2.1.3.1. Медикаментозне лікування.

2.1.3.2. Вартість діагностичних та лікувальних процедур (у тому числі невідкладне оперативне втручання), а також використання будь-якого медичного обладнання.

2.1.3.3. Вартість консультаційних послуг та винагороди медичного персоналу.

2.1.3.4. Вартість перебування у медичному закладі.

2.1.4. Невідкладну стоматологічну допомогу в розмірі до 150 ЄВРО (EUR): невідкладна стоматологічна допомога — консультація та огляд лікаря, діагностика, видалення зуба, знеболення, депульпація, кюретаж пародонтальних кишень (при абсцедуванні), встановлення тимчасової пломби за показниками.

2.1.5. Невідкладну гінекологічну або акушерську допомогу до 29 тижня вагітності включно (при раптових гінекологічних кровотечах або інших гострих захворюваннях, що загрожують перериванням вагітності або становлять загрозу для життя Застрахованої особи).

2.1.6. Медичне транспортування: транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги або іншим видом транспорту до найближчого лікувального закладу (лікаря) для надання невідкладної медичної допомоги.

2.1.7. Медичну евакуацію Застрахованої особи із-за кордону до найближчого в місці постійного проживання міжнародного аеропорту (включаючи витрати на супроводжуючу особу за умови, що необхідність супроводу підтверджена відповідними документами лікувального закладу); при цьому невикористаний квиток на зворотний шлях Застрахованої особи надається Страховику.

2.1.7.1. Медична евакуація здійснюється (за відсутності медичних протипоказань) виключно у випадках:

2.1.7.1.1. Відсутності на території тимчасового перебування можливостей для надання необхідного обсягу невідкладної медичної допомоги.

2.1.7.1.2. Якщо витрати на медичну допомогу Застрахованій особі перевищують встановлену у Договорі страхову суму.

2.1.7.1.3. Якщо подальше надання невідкладної допомоги та оперативне втручання можливе після повернення в Україну чи країну постійного проживання.

2.1.7.1.4. Якщо Застрахована особа відмовляється (письмово) від медичної евакуації, Страховик звільняється від обов'язку сплатити подальші витрати за цим страховим випадком, а Асистуюча компанія, з моменту відмови від медичної евакуації, припиняє надання послуг.

2.1.8. Репатріацію останків Застрахованої особи до найближчого в місці постійного проживання міжнародного аеропорту або витрати на її поховання на території країни тимчасового перебування, в тому числі

2.1.8.1. На підготовку тіла до перевезення або його кремацію за кордоном (у разі погодження із членами сім'ї померлого).

2.1.8.2. На спеціальну труну (герметично закриту).

2.1.8.3. На оформлення всіх необхідних документів, що стосуються засвідчення смерті та необхідні для перевезення тіла.

* **За цією Програмою страхування** відшкодовуються витрати на оплату медичних та інших послуг, що пов'язані з розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 (COVID-19) у розмірі до 5 000,00 ЄВРО (EUR) (включаючи витрати на тестування при позитивному результаті). Витрати на **амбулаторне та стаціонарне** лікування відшкодовуються до 14 днів, з моменту лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції.

2.2. **Адміністративні витрати**, що включають:

2.2.1. Витрати у розмірі до 50 ЄВРО (EUR) на телефонний зв'язок з Асистуючою компанією, необхідний для повідомлення про екстремальну ситуацію або страхову подію (що має ознаки страхового випадку) та узгодження подальших дій.

2.2.2. Візит одного з близьких родичів при госпіталізації Застрахованої особи більш як 10 (десять) днів внаслідок невідкладного стану, при цьому:

2.2.2.1. Відшкодовується вартість проїзду в обидва кінці загальною

and necessary fixatives.

2.1.3. Inpatient treatment of the Insured Person in a medical institution, including:

2.1.3.1. Medication.

2.1.3.2. The cost of diagnostic and treatment procedures (including emergency surgery), as well as the use of any medical equipment.

2.1.3.3. Cost of consulting services and remuneration of medical staff.

2.1.3.4. The cost of staying in a medical institution.

2.1.4. Emergency dental care in the amount of up to EUR 150: emergency dental care — doctor's consultation and examination, diagnosis, tooth extraction, analgesia, depulping, curettage of periodontal pockets (in case of abscessing), installation of a temporary filling according to the indicators.

2.1.5. Emergency gynaecological or obstetric care up to and including 29 weeks of pregnancy (in case of sudden gynaecological bleeding or other acute diseases that threaten abortion or endanger the life of the Insured).

2.1.6. Medical transportation: transportation of the Insured Person by ambulance or other mode of transport to the nearest medical institution (doctor) for emergency medical care.

2.1.7. Medical evacuation of the Insured Person from abroad to the nearest international airport in the place of permanent residence (including the costs of an accompanying person, provided that the need for support is confirmed by the relevant documents of the medical institution); in this case, the unused ticket for the return trip of the Insured Person is provided to the Insurer.

2.1.7.1. Medical evacuation is carried out (in the absence of medical contraindications) only in cases:

2.1.7.1.1. Lack of opportunities to provide the necessary amount of emergency medical care on the territory of the temporary stay.

2.1.7.1.2. If the costs of medical care to the Insured Person exceed the insurance amount specified in the Insurance Contract.

2.1.7.1.3. If further emergency care and surgical intervention is possible after returning to Ukraine or the country of permanent residence.

2.1.7.1.4. If the Insured person refuses (in writing) the medical evacuation, the Insurer is released from the obligation to pay further expenses for this insured event, and the Assisting Company, from the moment of refusal of the medical evacuation, stops providing services.

2.1.8. Repatriation of the remains of the Insured person to the nearest international airport in the place of permanent residence or the cost of his burial in the territory of the country of temporary stay, including

2.1.8.1. Preparation of the body for transportation or its cremation abroad (if agreed with family members of the deceased).

2.1.8.2. Special coffin (hermetically sealed).

2.1.8.3. Execution of all necessary documents relating to the death certificate and necessary for the carriage of the body.

* **Under this Insurance Program**, the costs of medical and other services related to the health of the Insured Person due to laboratory-confirmed coronavirus infection SARS-CoV-2 (COVID-19) in the amount of up to EUR 5,000.00 are reimbursed (including the cost of testing with a positive result). The costs of outpatient and inpatient treatment are reimbursed up to 14 days from the moment of laboratory-confirmed coronavirus infection.

2.2. **Administrative costs**, including:

2.2.1. Expenses of up to EUR 50 for telephone communication with the Assisting Company, necessary for notification of an emergency situation or event occurred (which has signs of an insured event) and coordination of further actions.

2.2.2. Visit of one of the close relatives during the hospitalization of the Insured Person for more than 10 (ten) days due to the emergency situation, with:

2.2.2.1. Reimbursement of round-trip fares with a total cost of not

вартістю не більше 500 ЄВРО (EUR) та витрати на проживання в готелі бюджетного класу до 5 днів, але не більше 50 ЄВРО (EUR) за добу. Такі витрати відшкодовуються лише у разі, якщо необхідність такого візиту рекомендована лікарем, що лікує Застраховану особу, а візит погоджено зі Страховиком та/або Асистуючою компанією.

2.2.3. Евакуацію дітей Застрахованої особи віком до 14 років у разі невідкладного стану Застрахованої особи або її смерті:

2.2.3.1. Страховик відшкодовує вартість квитка для проїзду економічним класом (переліт до найближчого міжнародного аеропорту країни постійного проживання Застрахованої особи або до країни постійного проживання іншим видом транспорту за погодженням зі Страховиком та/або Асистуючою компанією.

2.2.3.2. Невикористаний квиток на зворотний шлях дітей Застрахованої особи надається Страховику.

2.2.4. Витрати, що пов'язані з затримкою багажу, а саме:

2.2.4.1. Оплата витрат у розмірі до 100 ЄВРО (EUR) на придбання предметів першої необхідності, у разі затримки багажу Застрахованої особи при авіап перевезенні більше ніж на 12 (дванадцять) годин з моменту її прибуття за кордон.

2.2.4.2. Організацію пошуку та відправлення багажу Застрахованої особи за належною адресою у випадках, якщо перевізник помилково відправив його за іншою адресою або Застрахована особа госпіталізована у невідкладному стані на термін більш ніж 14 днів.

2.2.4.3. Організація допомоги в пошуку та поверненні загубленого зареєстрованого авіаційним перевізником багажу. При цьому, відшкодовуються лише витрати пов'язані з інформаційно-консультаційною допомогою, а не вартість самого втраченого багажу.

2.2.5. Консультаційні витрати стосовно заміни втрачених або викрадених офіційних документів (закордонного паспорта, проїзного документа дитини) в разі їх втрати чи викрадення поза межами місця постійного проживання (за кордоном) Застрахованої особи. До цих витрат не включаються витрати на переоформлення та доставку таких документів.

3. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «ЕЛІТ» (C)

За цією Програмою страхування Страховик відшкодовує витрати Застрахованої особи, що виникли при гострому захворюванні*, загостренні хронічної хвороби, а також нещасному випадку, у зв'язку зі смертю Застрахованої особи що сталися на території та у період дії Договору страхування, а саме:

3.1. Медичні витрати, що включають:

3.1.1. Швидку медичну допомогу, що надається Застрахованій особі.

3.1.2. Амбулаторно медичну допомогу, включаючи консультації, лікарські послуги, невідкладні діагностичні та лабораторні дослідження, медикаменти, перев'язувальні матеріали, необхідні засоби фіксації.

3.1.3. Стационарне лікування Застрахованої особи в медичному закладі, включаючи:

3.1.3.1. Медикаментозне лікування.

3.1.3.2. Вартість діагностичних та лікувальних процедур (у тому числі невідкладне оперативне втручання), а також використання будь-якого медичного обладнання.

3.1.3.3. Вартість консультаційних послуг та винагороди медичного персоналу.

3.1.3.4. Вартість перебування у медичному закладі.

3.1.4. Невідкладну стоматологічну допомогу в розмірі до 150 ЄВРО (EUR): невідкладна стоматологічна допомога — консультація та огляд лікаря, діагностика, видалення зуба, знеболення, депульпація, кюретаж пародонтальних кишень (при абсцедуванні), встановлення тимчасової пломби за показниками.

3.1.5. Невідкладну гінекологічну або акушерську допомогу до 29 тижня вагітності включно (при раптових гінекологічних кровотечах або інших гострих захворюваннях, що загрожують перериванням вагітності або становлять загрозу для життя Застрахованої особи).

3.1.6. Медичне транспортування: транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги або іншим видом транспорту до найближчого лікувального закладу (лікаря) для надання невідкладної медичної допомоги.

more than EUR 500 and the cost of accommodation in a budget hotel up to 5 days, but not more than EUR 50 per day. Such costs are reimbursed only if the need for such a visit is recommended by a doctor, treating the Insured Person, and the visit is agreed with the Insurer and/or the Assisting Company.

2.2.3. Evacuation of children of the Insured Person under 14 years of age in case of emergency condition of the Insured Person or his / her death:

2.2.3.1. The Insurer shall reimburse the cost of a ticket for travel in economy class (flight to the nearest international airport of the Insured Person's country of residence or to the country of residence by another mode of transport in agreement with the Insurer and/or the Service.

2.2.3.2. An unused ticket for the return trip of the Insured's children is provided to the Insurer.

2.2.4. Costs associated with baggage delay, namely:

2.2.4.1. Payment of expenses in the amount of up to EUR 100 for the purchase of basic necessities, in case of delay of the Insured Person's luggage during air transportation for more than 12 (twelve) hours from the moment of his / her arrival abroad.

2.2.4.2. The organization of search and dispatch of baggage of the Insured Person to the appropriate address in cases where the carrier mistakenly sent it to another address or the Insured Person is hospitalized in an emergency for more than 14 days.

2.2.4.3. Organization of assistance in finding and returning lost baggage registered by the air carrier. In this case, only the costs associated with information and consulting assistance are reimbursed, not the cost of the lost baggage.

2.2.5. Consulting costs regarding the replacement of lost or stolen official documents (passport, travel document of the child) in case of their loss or theft outside the place of permanent residence (abroad) of the Insured Person. These costs do not include the costs of reissuance and delivery of such documents.

3. ELITE INSURANCE PROGRAM (C)

Under this Insurance Program, the Insurer reimburses the Insured's expenses incurred in case of acute illness*, exacerbated chronic illness, as well as accident, in connection with the death of the Insured person that occurred on the territory and during the term of the Insurance Contract, namely:

3.1. Medical expenses, including:

3.1.1. Prompt medical assistance provided to the Insured.

3.1.2. Outpatient care, including consultations, medical services, emergency diagnostic and laboratory tests, medications, dressings, and necessary fixatives.

3.1.3. Inpatient treatment of the Insured Person in a medical institution, including:

3.1.3.1. Medication.

3.1.3.2. The cost of diagnostic and treatment procedures (including emergency surgery), as well as the use of any medical equipment.

3.1.3.3. Cost of consulting services and remuneration of medical staff.

3.1.3.4. The cost of staying in a medical institution.

3.1.4. Emergency dental care in the amount of up to EUR 150: emergency dental care — doctor's consultation and examination, diagnosis, tooth extraction, analgesia, depulping, curettage of periodontal pockets (in case of abscessing), installation of a temporary filling according to the indicators.

3.1.5. Emergency gynaecological or obstetric care up to and including 29 weeks of pregnancy (in case of sudden gynaecological bleeding or other acute diseases that threaten abortion or endanger the life of the Insured).

3.1.6. Medical transportation: transportation of the Insured Person by ambulance or other mode of transport to the nearest medical institution (doctor) for emergency medical care.

3.1.7. Медичну евакуацію Застрахованої особи із-за кордону до найближчого в місці постійного проживання міжнародного аеропорту (включаючи витрати на супроводжуючу особу за умови, що необхідність супроводу підтверджена відповідними документами лікувального закладу); при цьому невикористаний квиток на зворотний шлях Застрахованої особи надається Страховику.

3.1.7.1. Медична евакуація здійснюється (за відсутності медичних протипоказань) виключно у випадках:

3.1.7.1.1. Відсутності на території тимчасового перебування можливостей для надання необхідного обсягу невідкладної медичної допомоги.

3.1.7.1.2. Якщо витрати на медичну допомогу Застрахованій особі перевищують встановлену у Договорі страхову суму.

3.1.7.1.3. Якщо подальше надання невідкладної допомоги та оперативне втручання можливе після повернення в Україну чи країну постійного проживання.

3.1.7.1.4. Якщо Застрахована особа відмовляється (письмово) від медичної евакуації, Страховик звільняється від обов'язку сплатити подальші витрати за цим страховим випадком, а Асистуюча компанія, з моменту відмови від медичної евакуації, припиняє надання послуг.

3.1.8. Репатріацію останків Застрахованої особи до найближчого в місці постійного проживання міжнародного аеропорту або витрати на її поховання на території країни тимчасового перебування, в тому числі:

3.1.8.1. На підготовку тіла до перевезення або його кремацію за кордоном (у разі погодження із членами сім'ї померлого).

3.1.8.2. На спеціальну труну (герметично закриту).

3.1.8.3. На оформлення всіх необхідних документів, що стосуються засвідчення смерті та необхідні для перевезення тіла.

* За цією Програмою страхування відшкодовуються витрати на оплату медичних та інших послуг, що пов'язані з розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 (COVID-19) у розмірі до 5 000,00 ЄВРО (EUR) (включаючи витрати на тестування при позитивному результаті). Витрати на **амбулаторне та стаціонарне** лікування відшкодовуються до 14 днів, з моменту лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції.

3.2. **Адміністративні витрати**, що включають:

3.2.1. Витрати у розмірі до 50 ЄВРО (EUR) на телефонний зв'язок з Асистуючою компанією, необхідний для повідомлення про екстремальну ситуацію або страхову подію (що має ознаки страхового випадку) та узгодження подальших дій.

3.2.2. Візит одного з близьких родичів при госпіталізації Застрахованої особи більш як 10 (десять) діб унаслідок невідкладного стану, при цьому:

3.2.2.1. Відшкодовується вартість проїзду в обидва кінці загальною вартістю не більше 500 ЄВРО (EUR) та витрати на проживання в готелі бюджетного класу до 5 діб, але не більше 50 ЄВРО (EUR) за добу. Такі витрати відшкодовуються лише у разі, якщо необхідність такого візиту рекомендована лікарем, що лікує Застраховану особу, а візит погоджено зі Страховиком та/або Асистуючою компанією.

3.2.3. Евакуацію дітей Застрахованої особи віком до 14 років у разі невідкладного стану Застрахованої особи або її смерті:

3.2.3.1. Страховик відшкодовує вартість квитка для проїзду економічним класом (переліт до найближчого міжнародного аеропорту країни постійного проживання Застрахованої особи або до країни постійного проживання іншим видом транспорту за погодженням зі Страховиком та/або Асистуючою компанією.

3.2.3.2. Невикористаний квиток на зворотний шлях дітей Застрахованої особи надається Страховику.

3.2.4. Витрати, що пов'язані з затримкою багажу, а саме:

3.2.4.1. Оплата витрат на придбання предметів першої необхідності, у разі затримки багажу Застрахованої особи при авіаперевезенні більше ніж на 12 (дванадцять) годин з моменту її прибуття за кордон у розмірі до 100 ЄВРО (EUR).

3.2.4.2. Організацію пошуку та відправлення багажу Застрахованої особи за належною адресою у випадках, якщо перевізник помилково відправив його за іншою адресою або Застрахована особа

3.1.7. Medical evacuation of the Insured Person from abroad to the nearest international airport in the place of permanent residence (including the costs of an accompanying person, provided that the need for support is confirmed by the relevant documents of the medical institution); in this case, the unused ticket for the return trip of the Insured Person is provided to the Insurer.

3.1.7.1. Medical evacuation is carried out (in the absence of medical contraindications) only in cases:

3.1.7.1.1. Lack of opportunities to provide the necessary amount of emergency medical care on the territory of the temporary stay.

3.1.7.1.2. If the costs of medical care to the Insured Person exceed the insurance amount specified in the Insurance Contract.

3.1.7.1.3. If further emergency care and surgical intervention is possible after returning to Ukraine or the country of permanent residence.

3.1.7.1.4. If the Insured person refuses (in writing) the medical evacuation, the Insurer is released from the obligation to pay further expenses for this insured event, and the Assisting Company, from the moment of refusal of the medical evacuation, stops providing services.

3.1.8. Repatriation of the remains of the Insured person to the nearest international airport in the place of permanent residence or the cost of his burial in the territory of the country of temporary stay, including:

3.1.8.1. Preparation of the body for transportation or its cremation abroad (if agreed with family members of the deceased).

3.1.8.2. Special coffin (hermetically sealed).

3.1.8.3. Execution of all necessary documents relating to the death certificate and necessary for the carriage of the body.

* Under this Insurance Program, the costs of medical and other services related to the health of the Insured Person due to laboratory-confirmed coronavirus infection SARS-CoV-2 (COVID-19) in the amount of up to EUR 5,000.00 are reimbursed (including the cost of testing with a positive result). The costs of outpatient and inpatient treatment are reimbursed up to 14 days from the moment of laboratory-confirmed coronavirus infection.

3.2. **Administrative costs**, including:

3.2.1. Expenses of up to EUR 50 for telephone communication with the Assisting Company, necessary for notification of an emergency situation or event occurred (which has signs of an insured event) and coordination of further actions.

3.2.2. Visit of one of the close relatives during the hospitalization of the Insured Person for more than 10 (ten) days due to the emergency situation, with:

3.2.2.1. Reimbursement of round-trip fares with a total cost of not more than EUR 500 and the cost of hotel accommodation up to 5 days, but not more than EUR 50 per day. Such costs are reimbursed only if the need for such a visit is recommended by a doctor, treating the Insured Person, and the visit is agreed with the Insurer and / or the Assisting Company.

3.2.3. Evacuation of children of the Insured Person under 14 years of age in case of emergency condition of the Insured Person or his / her death:

3.2.3.1. The Insurer reimburses the cost of a ticket for travel in economy class (flight to the nearest international airport of the Insured Person's country of residence or to the country of residence by another mode of transport in agreement with the Insurer and/or the Assisting Company).

3.2.3.2. An unused ticket for the return trip of the Insured's children is provided to the Insurer.

3.2.4. Costs associated with baggage delay, namely:

3.2.4.1. Payment of expenses for the purchase of basic necessities, in case of delay of the Insured Person's baggage during air transportation for more than 12 (twelve) hours from the moment of his / her arrival abroad in the amount of up to EUR 100.

3.2.4.2. The organization of search and dispatch of baggage of the Insured Person to the appropriate address in cases where the carrier mistakenly sent it to another address or the Insured Person

госпіталізована у невідкладному стані на термін більш ніж 14 днів.

3.2.4.3. Організація допомоги в пошуку та поверненні загубленого зареєстрованого авіаційним перевізником багажу. При цьому, відшкодовуються лише витрати пов'язані з інформаційно-консультаційною допомогою, а не вартість самого втраченого багажу.

3.2.4.4. Консультаційні витрати стосовно заміни втрачених або викрадених офіційних документів (закордонного паспорта, проїзного документа дитини) в разі їх втрати чи викрадення поза межами місця постійного проживання (за кордоном) Застрахованої особи. До цих витрат не включаються витрати на переоформлення та доставку таких документів.

3.3. **Юридичні витрати**, що включають:

3.3.1. Організацію зв'язку з адвокатом та відшкодування витрат у розмірі до 1000 ЄВРО (EUR), пов'язаних із винагородою адвоката, у країні тимчасового перебування, в разі необхідності захисту прав Застрахованої особи, внаслідок скоєння Застрахованою особою ненавмисного правопорушення, визнаного таким компетентними органами країни перебування;

3.3.2. Внесення застави до суду у розмірі до 1000 ЄВРО (EUR), при порушенні у відношенні до Застрахованої особи адміністративної справи внаслідок скоєння нею ненавмисного правопорушення (визнаного компетентними органами цієї країни) у країні тимчасового перебування.

Асистуюча компанія (за погодженням зі Страховиком) вносить заставу за Застраховану особу в порядку, визначеному законодавством країни перебування Застрахованої особи.

3.3.2.1. Якщо в подальшому застосування запобіжного заходу у вигляді застави по відношенню до Застрахованої особи буде скасовано або змінено, внесена застава підлягає поверненню до Асистуючої компанії.

3.3.2.2. У випадку, якщо внесена застава не може бути повернена, незалежно від причин Застрахована особа повинна негайно повернути до Асистуючої компанії суму неповерненої застави.

is hospitalized in an emergency for more than 14 days.

3.2.4.3. Organization of assistance in finding and returning lost luggage registered by the air carrier. In this case, only the costs associated with information and consulting assistance are reimbursed, not the cost of the lost baggage.

3.2.4.4. Consulting costs regarding the replacement of lost or stolen official documents (passport, travel document of the child) in case of their loss or theft outside the place of permanent residence (abroad) of the Insured Person. These costs do not include the costs of reissuance and delivery of such documents.

3.3. **Legal costs**, including:

3.3.1. Arranging communication with a lawyer and reimbursement of expenses in the amount of up to EUR 1000 related to the lawyer's fee in the country of temporary stay, if necessary to protect the rights of the Insured, as a result of an unintentional offense recognized as such by the competent authorities of the host country;

3.3.2. Bail in court in the amount of up to EUR 1000, in case of initiation of an administrative case against the Insured Person as a result of committing an unintentional offense (recognized as such by the competent authorities of host country) in the country of temporary stay.

The Assisting Company (in agreement with the Insurer) makes a bail for the Insured Person in the manner prescribed by the legislation of the country of stay of the Insured Person.

3.3.2.1. If in the future the application of a precautionary measure in the form of bail in relation to the Insured Person is cancelled or changed, the deposited bail shall be returned to the Assisting Company.

3.3.2.2. In the event that the bail cannot be returned, regardless of the reasons, the Insured Person must immediately return to the Assisting Company the amount of the unreturned bail.