

Appendix 1
to the International Policy on Voluntary Insurance while staying abroad
№ -4413- dd. . . 20

Додаток 1
до Міжнародного договору добровільного страхування під час перебування за кордоном
№ -4413- вид. . . 20

OPTIONS (INSURANCE PROGRAMS)	A (visa)
The total sum insured under voluntary insurance while staying abroad, USD/EUR	30 000 EUR
Voluntary insurance of medical expenses shall foresee indemnification of the following expenses:	
1. Treatment of the Insured person in case of a sudden disease or an accident including expenses for emergency operations, diagnostic investigations, medicines, bandaging materials, fixing means prescribed by a doctor as well as the doctor's fee abroad: 1.1. in the outpatient setting; 1.2. in the inpatient setting (staying and treatment in a standard type ward);	YES
2. Urgent dental help for the Insured person within the limit	100 EUR
3. Transportation due to medical parameters to the nearest medical institution in critical condition of the Insured person	100 EUR
4. Transportation (medical evacuation) of the Insured person to Ukraine	YES
5. Repatriation of the remains of the Insured person to Ukraine	1 000 EUR
6. Funeral of the Insured person in the country of staying (if agreed with the Insurer and close relatives of the Insured person)	YES
7. To pay the cost of primary laboratory diagnostics in outpatient care, under the direction of the doctor, for the Insured person's coronavirus infection caused by COVID-19 virus and further treatment of the Insured Person in outpatient and inpatient settings	YES

Appendix 2
to the International Policy on Voluntary Insurance while staying abroad
№ -4413- dd. . . 20

The Insurer shall conclude the International Policy on voluntary insurance while staying abroad (hereinafter referred to as "the Policy") with the Insured according to the conditions stipulated in this Policy, while the Insured person stays abroad in case of an accident, sudden (acute) disease while staying abroad.

The Insurer shall act on basis of:
- Rules of voluntary medical expenses insurance (amended and revised) registered in the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine No. 2170119 as of 26.01.07 and according to License issued by National Commission for the State Regulation of Financial Services Markets based on Order No.2629 dd. 25.10.2016.

1. TERMS AND DEFINITIONS

ASSISTANCE - specialized service acting on behalf of and by order of the Insurer coordinates interaction of the Insured person with the persons, who provide him/her with services upon an accident, sudden (acute) disease or other events occurred envisaged by the Policy. The name of Assistance, addresses and telephones of the Assistance representative offices are specified in the Policy.

CLOSE RELATIVES - spouse, guardian, children (including adopted ones), mother/stepmother, father/stepfather, sibling of the Insured person.

BENEFICIARY - the Insured person or his/her legitimate heirs;

ACUTE PAIN - reaction of a person's nervous system to external or internal irritant, which, in case of non-providing emergency medical treatment, can develop into pain shock, that constitutes a menace to the Insured person's life.

INSURED PERSON - an individual in the age of 16 to 70 years to the benefit of whom life and/or health insurance Policy concluded by the Insured with the Insurer and who may acquire rights and obligations of the Insured under the insurance Policy. If the Insured is an individual that concluded the insurance Policy to his own benefit, he is also the Insured person.

LIABILITY LIMIT - the sum of money stipulated in this Policy on the conditions of a chosen Option within which the Insurer is liable on one or few insured events for validity period of the Policy against the Insured person or Third parties.

SUDDEN (ACUTE) DISEASE - an acute, abrupt health worsening caused by an unexpected disease or acute condition of the Insured person, that occurred within the Policy validity period and constitutes a threat to his/hers health and/or his/hers life and requires emergency medical aid. A "threat to the Insured person's health and/or life" is the Insured persons' condition, when absence of emergency medical aid may cause significant and longterm disorder of body functions or its certain organ, appearance of major complications in the result of an acute disease, or death of the Insured person.

JOB - this mark in the Contract provides insurance coverage for the Insured person who has Working Visa of D type, as well as an Employment Agreement (Contract).

INSURANCE INDEMNITY - the sum of money payable by the Insurer within the sum insured pursuant to the terms and conditions of the Policy upon the insured event occurrence.

INSURER - a legal entity or legally capable individual that concluded Policy with the Insurer.

OPTION (insurance program) - specified insurance conditions approved by the Insurer pursuant to the Rules and chosen by the Insured upon concluding this Policy. The list of Options (insurance programs) are specified in Appendix 1 to this Policy.

THIRD PARTIES - legal or physical persons, who are not a party of the Policy and are not members of the family of the Insured/Insured person and/or are not in labor relations with the Insured/ Insured person, and to whose life, health and/or property the damage was caused in a result of actions or omission to act of the Insured person.

DEDUCTIBLE - part of loss that shall not be indemnified by the Insurer under the Policy.

CHRONIC ILLNES (disease) - a disease with primary flow more than 6 (six) months or with exacerbations periods frequently than 3 (three) times a year and (or) identified persistent (those that do not disappear during the period of remission) morphological changes in tissues and functional disorders of organs.

2. SUBJECT OF THE POLICY.

2.1. The subject of the Policy is property interests of the Insured (the Insured person) that do not contradict the law of Ukraine and are related to unforeseen medical and other expenses connected with provision of medical aid to the Insured person;

3. INSURED EVENTS.

3.1. Under this Policy the Insured event shall be incurring of expenses that relates to provision of medical and/or other services to the Insured person the list and volume, of which specified in the Clause 4 of this Policy.

4. EXPENSES INDEMNIFIED BY THE INSURER.

4.1. Within the liability limit, determined by the **Option A (visa)** the Insurer shall indemnify the following expenses:

4.1.1. For treatment of the Insured person in case of a sudden (acute) disease or an accident including expenses for emergency operations, diagnostic investigations, medicines, bandaging materials, fixing means prescribed by a doctor as well as the doctor's fee abroad:
- in the outpatient setting;
- in the inpatient setting (staying and treatment in a standard type ward).

4.1.2. For transportation of the Insured person to Ukraine in case of a sudden (acute) disease or an accident, if the expenses for treatment in the country of temporary residence may exceed the sum insured for the Insured person, or required medical treatment facilities are not available in the country of temporary residence.

4.1.3. For repatriation of the Insured's person body to Ukraine in case of death of the Insured person as a result of an accident or a sudden (acute) disease within the limit 1 000 EUR.

4.1.4. For funeral of the Insured person in the country of staying, if it does not exceed expenses for repatriation to Ukraine (under the consent given by the Insured person's close relatives and the Insurer).

4.1.5. **To pay the cost of primary laboratory diagnostics in outpatient care, under the direction of the doctor, for the Insured person's coronavirus infection caused by COVID-19 virus and further treatment of the Insured Person in outpatient and inpatient settings only once during the term of the Agreement, in the case of confirmation disease on COVID-19. The treatment period is up to 14 days.**

4.2. According to the **Option A (visa)** the Insurer shall also indemnify expenses:

4.2.1. For emergency dentistry for the Insured person within 100 EUR.

4.2.2. For transportation of the Insured person to the nearest medical institution in case of a sudden (acute) disease or an accident, if he/she is unable to move without help as a result of critical condition within 100 EUR.

4.3. Total expenses indemnified by the Insurer per each insured event cannot exceed the insured amount determined in the Policy per one Insured person.

5. EXCLUSIONS FROM INSURED EVENTS.

5.1. The Insurer is not liable under this Policy and does not indemnify expenses related:

5.1.1. Expenses related with payments of the Insured person made without approval by Assistance/Insurer.

5.1.2. For treatment of any congenital, chronic diseases and diseases that the Insured person underwent before the conclusion of this Policy, except for the cases of exacerbation or complications of these diseases that were a direct threat to the insured person's life, i.e. could lead to the Insured person's death.

ОПЦІЇ (ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ)	A (visa)
Загальна страхова сума по добровільному страхуванню під час перебування за кордоном, у.о.:	30 000 євро
Добровільне страхування медичних витрат передбачає відшкодування наступних витрат:	
1. На лікування Застрахованої особи при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації, призначені лікарем та на оплату послуг лікаря за кордоном: 1.1. в амбулаторних умовах 1.2. в стаціонарних умовах (перебування та лікування у палаті стандартного типу)	ТАК
2. На невідкладну стоматологічну допомогу Застрахованої особи в межах:	100 євро
3. На транспортування за медичними показниками до найближчого медичного закладу при тяжкому стані Застрахованої особи в межах:	100 євро
4. На перевезення (медичну евакуацію) Застрахованої особи до України	ТАК
5. На репатріацію тіла Застрахованої особи до України	1 000 євро
6. На поховання Застрахованої особи в країні перебування (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи)	ТАК
7. На сплату вартості послуг первинної лабораторної діагностики при амбулаторно-поліклінічній допомозі, за направленням лікаря, на наявність у Застрахованої особи коронавірусної інфекції, викликаного вірусом COVID-19 та подальше лікування Застрахованої особи в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах.	ТАК

Додаток 2
до Міжнародного договору добровільного страхування під час перебування за кордоном
№ -4413- вид. . . 20

Страховик укладає із Страховальником цей Міжнародний договір добровільного страхування під час перебування за кордоном (надалі - Договір) відповідно до передбачених цим Договором умов на час перебування Застрахованої особи за кордоном на випадок настання нещасного випадку, раптового (гострого) захворювання під час перебування за кордоном.

Страховик діє на підставі:

- Правил добровільного страхування медичних витрат (зі змінами та доповненнями), які зареєстровано в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України за № 2170119 від 26.01.07 р. та згідно Ліцензії, виданої Нацкомфінпослуг на підставі Розпорядження № 2629 від 25.10.2016р.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

АСИСТАНС - спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує взаємодію Застрахованої особи з особами, які надають їй послуги при настанні нещасного випадку, раптового (гострого) захворювання або інших подій, передбачених цим Договором. Назва Асистансу, адреси та телефони представництва Асистанс зазначаються в Договорі.

БЛИЗЬКІ РОДИЧІ - дружина/чоловік, опікун, діти (у т.ч. усиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.

ВИГОДОНАБУВАЧ - Застрахована особа або її спадкоємець за законом;

ГОСТРІЙ БІЛЬ - реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку більшого шоку, що становить загрозу життю Застрахованої особи.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - фізична особа, віком від 16 до 70 років, про страхування життя та/або здоров'я якої Страховальником укладений із Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав та обов'язків Страховальника згідно з Договором страхування. Якщо Страховальник - фізична особа уклав Договір страхування відносно себе він одночасно є Застрахованою особою.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ - грошова сума, зазначена в цьому Договорі на умовах обраної Опції, у межах якої Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою або Третіми особами за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії Договору.

РАПТОВЕ (ГОСТРЕ) ЗАХВОРУВАННЯ - різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що сталося під час дії Договору і становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'я та/або життя Застрахованої особи розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання або смерті Застрахованої особи.

РОБОТА - дана відмітка в Договорі передбачає страхове покриття для **Застрахованої особи, яка має роботу візу типу D, а також договір (контракт) про працевлаштування**

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ - грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах страхової суми, згідно з умовами Договору, при настанні страхового випадку.

СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа або фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

ОПЦІЯ (программа страхування) - конкретні умови страхування, затверджені Страховиком згідно з Правилами та обрані Страховальником при укладенні цього Договору. Перелік Опцій (програм страхування) визначено у Додатку 1 до цього Договору.

ТРЕТІ ОСОБИ - юридичні або фізичні особи, які не є стороною Договору та не є членами сім'ї Страховальника/Застрахованої особи та/або не перебувають у трудових відносинах зі Страховальником/Застрахованою особою, життя, здоров'ю та/або майну, яких завдано шкоду, діями та/або бездіяльністю Застрахованої особи.

ФРАНШИЗА - частина збитків, що, згідно з Договором, не відшкодовується Страховиком.

ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРУВАННЯ (хвороба) - хвороба з першим перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами тканин та функціональними розладами органів.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

Предметом Договору страхування є майнові інтереси Застрахованої особи, що не суперечать закону України і пов'язані з передбаченими медичними та іншими витратами, пов'язаними з наданням Застрахованій особі медичної допомоги;

3. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

3.1. Страховим випадком за цим Договором є понесення витрат, що пов'язані з наданням Застрахованій особі медичними закладами та/або іншими установами медичних та/або інших послуг, перелік та обсяг яких зазначений в Розділі 4 цього Договору.

4. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДУЄ СТРАХОВИК

4.1. В межах лімітів, визначених **Опцією А (visa)** Страховик відшкодує наступні витрати:

4.1.1. На лікування Застрахованої особи при раптовому (гострому) захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації, призначені лікарем, та на оплату послуг лікаря за кордоном:
- в амбулаторних умовах;
- у стаціонарних умовах (перебування та лікування у палаті стандартного типу).

4.1.2. На перевезення Застрахованої особи до України у випадку раптового (гострого) захворювання або нещасного випадку, якщо витрати на лікування в країні тимчасового перебування можуть перевищити страхову суму на що Застраховану особу, або в країні тимчасового перебування відсутні можливості надання необхідної медичної допомоги.

4.1.3. На репатріацію тіла Застрахованої особи до України у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового (гострого) захворювання в межах ліміту 1 000 євро.

4.1.4. На поховання Застрахованої особи в країні перебування, якщо вони не перевищують витрати на репатріацію до України (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи).

4.1.5. **На сплату вартості послуг первинної лабораторної діагностики при амбулаторно-поліклінічній допомозі, за направленням лікаря, на наявність у Застрахованої особи коронавірусної інфекції, викликаного вірусом COVID-19 та подальше лікування Застрахованої особи в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах 1 раз протягом дії Договору, в разі підтвердження захворювання на COVID-19. Термін лікування до 14 дб.**

4.2. Також Страховик за **Опцією А (visa)** відшкодує витрати:

4.2.1. На невідкладну стоматологічну допомогу Застрахованої особи в межах ліміту відповідальності 100 євро.

4.2.2. На транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу у випадку раптового (гострого) захворювання або нещасного випадку, якщо її самостійне перебування неможливе через тяжкий стан в межах 100 євро.

4.3. Сума відшкодуваних Страховиком витрат за всіма страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену в Договорі на одну Застраховану особу.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

5.1. Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодує витрати пов'язані з:

5.1.1. Оплатою витрат Застрахованої особи, здійснених без погодження з Асистансом/Страховиком.

5.1.2. Лікуванням будь-яких врождалих, хронічних захворювань, або захворювань, які виникли у Застрахованої особи до моменту укладання цього Договору, крім випадків загострення або ускладнення цих захворювань, що становили безпосередню загрозу життю Застрахованої особи, тобто могли призвести до смерті Застрахованої особи.

- 5.1.3. For sample or scheduled medical survey, as well as for any treatment that could have been postponed to the time of the Insured person's return to Ukraine, namely:
 - any scheduled surgical intervention;
 - operative intervention aimed at treatment of malignant and/or benign neoplasms;
 - chemotherapeutic treatment of malignant neoplasms, incl. malignant neoplasms of lymphoid, blood-forming tissues and those related to them;
 - radiation therapy or radiosurgical methods of treatment;
 - operative intervention - joint prosthetics;
 - operative intervention aimed at treatment of spine and/or joints diseases or old traumas;
 - coronary angiography and scheduled operative intervention in heart and/or vessels;
 - operative intervention related to surgical correction of acquired or congenital malformations;
 - transplantation surgery of organs and/or tissues in case of any disease.
 - treatment of slow virus infections of central nervous system, chronic viral hepatitis (hepatitis B, hepatitis C, viral hepatitis not defined), AIDS, infectious diseases transmitted mainly via sexual contact and TORCH infections;
- treatment of mental and behavioral disorders as a result of psychoactive substances consuming (alcohol, drugs and toxic substances);
- treatment of chronic mental diseases;
- infertility treatment.
- 5.1.4. For treatment of the diseases not cured as of the date of the travel beginning and which are contraindications for trip from a medical point of view.
- 5.1.5. For treatment of the diseases, which in the previous 6 (six) months before the insured event occurrence required inpatient treatment.
- 5.1.6. For medical maintenance or treatment of the Insured person that is not immediate and prescribed as a result of a sudden disease or an accident.
- 5.1.7. For medical service or treatment of accident consequences or a sudden (acute) disease of the Insured person, that occurred as a result of participation of the Insured person in civil war or war with a foreign state, as well as participation in revolt, popular uprising, terrorist attacks and acts, etc.; military actions even without declaration of war including use of explosive devices or firearms, invasion, insurrection, riots, strikes, lock-outs, terrorist acts or any other action under political motives.
- 5.1.8. Related to any radiation contamination.
- 5.1.9. Connected with epidemics, environment pollution and/or natural disaster.
- 5.1.10. Related to consequences of alcoholic consumption and intoxication (alcoholic percentage in blood exceeds the norm determined by the law of the country of staying), drug or toxic intoxication, taking medicines or drugs without doctor's prescription.
- 5.1.11. Connected with accident consequences provoked by the Insured person.
- 5.1.12. Related to suicide consequences or attempt of suicide by the Insured person.
- 5.1.13. Related to pregnancy namely: diagnosis, laboratory tests, childbirth, abortion (voluntarily without medical indication).
- 5.1.14. Related to diseases transmitted via sexual contact according to WHO classification (gardnerella vaginitis, genital herpes, candidiasis, mycoplasmosis, papilloma viral infection, trichomoniasis, ureaplasmosis, clamidiosis etc.), TORCH-infections (toxoplasmosis, roetheln, cytomegalic inclusion disease), HIV-infections and AIDS.
- 5.1.15. Related to diseases of drug and/or alcohol addiction.
- 5.1.16. Related to accidents occurred as a result of any popular sports doing (sport for everyone, amateur sports, outdoor activities), or elite sport doing (professional sport) as well as during competitions or trainings.
- 5.1.17. Related to an accident occurred during or as a result of any deep diving.
- 5.1.18. Related to an accident occurred during professional activity of the Insured person.
- 5.1.19. For hydro-pathical and cosmetic treatment, SPA-procedures.
- 5.1.20. For prosthesis, purchase of prosthetic devices and/or orthopedic products (vision optic correctors, spectacles, their rims, contact lenses, earphones, measuring devices, etc.), for acquisition of totally strengthening medications, hygienic means, child nutrition, provision of dosed inhalators for release from bronchospasm, spacers, nebulizers.
- 5.1.21. For inoculation, injecting drugs, if they are not related with treatment carried out due to the occurrence of the accident.
- 5.1.22. For prosthesis and/or dental treatment of teeth, except for cases related to the elimination of acute toothache within the liability limit specified in this Policy.
- 5.1.23. That rose as a result of application of treatment methods unrecognized officially by science and medicine.
- 5.1.24. Related to staying in sanatorium, pensions, rest homes and other establishments of similar type.
- 5.1.25. Related to providing the services to medical institutions that do not obtain an appropriate license or by a person, who is not entitled to be engaged in medical practice.
- 5.1.26. Related to rehabilitation therapy and/or physiotherapy.
- 5.1.27. Related to providing of additional comfort, namely: TV set, telephone, air conditioner, humidifier, hairdresser and cosmetologist services, etc., unless otherwise envisaged by the Specific provisions of the Policy.
- 5.1.28. Related to care for the Insured person executed by his/hers relatives or persons authorized by them, regardless they are skilled medical specialists or not.
- 5.1.29. Incurred by the Insured person because of a doctor's professional failure, moral damages and other indirect losses, loss of opportunity, etc.
- 5.1.30. That rose abroad after the expiry date of the Policy, except for expenses, related to the treatment and staying of the Insured person at the hospital as a result of a sudden (acute) disease or an accident, occurred when the Policy has been valid. Thus, the Insurer covers only incidental medical expenses until the moment of removal of threat to the Insured person's life, i.e. during his/hers staying in resuscitation unit and in intensive care unit.
- 5.1.31. Related to treatment of diseases of the skin and/or subcutaneous tissue, sunburns, furunculosis, dermatitis, solar radiation allergy (reactions to solar radiation – photoallergy, reaction to the bite of insects or animals, reactions to the food and reactions to other external factors), except for the cases, when they pose a threat to the Insured person's life, namely conditions of intoxication and airway edema), but before the removal of such a threat.
- 5.1.32. The expenses for documents change, if such a change caused by damage, lose their acceptable for use form.
- 5.2. The insurer is not liable under this Policy, if the insured event has occurred:
 - 5.2.1. As a result of the Insured person's participation in any actions at the time of emergency, special or martial law announced by state authorities in a state or in the territory where this Policy is valid.
 - 5.2.2. As a result of the Insured person's participation in civil disturbances, revolution, coup, military or popular insurrection, revolts, riots, strikes, putsches, lockouts or terrorist acts, civil unrest on a scale or number of participants that can be similar to the rebellion, also due to usurpation, the introduction of military law, or military situation, or state of siege, or any event or reason, the result of which was the announcement of military status or state of siege;
 - 5.2.3. As a result of nuclear incident, impact of ionizing radiation, radiation pollution;
 - 5.3. The Insurer shall not indemnify for:
 - 5.3.1. the expenses for those services that exceed normal or reasonable amounts meant for their payment in a respective region;
 - 5.4. Sanction Limitation and Exclusion clause:No Insurer shall be deemed to provide cover and no Insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under the United Nations Resolutions or the trade of economic sanctions, laws or regulations of all applicable national and international trade and economic sanctions.
- 6. TERRITORY AND TERM OF THE POLICY VALIDITY.
 - 6.1. This Policy is concluded for a term of not more than 1 (one) year.
 - 6.2. The Insurer shall be liable under the Policy enters into force from the moment the Insured/Insured person passes the border control going out of Ukraine, but not earlier than the date specified in the Policy as the beginning term of the Policy.
 - 6.3. However, the insurance premium shall be paid not later than at the beginning date of the Policy's validity. In case the Insurer shall failure to pay the insurance premium during the specified period, the Policy shall not enter into force.
 - 6.4. The liability of the Insurer shall be terminated after the Insured/Insured person shall pass the border control going in Ukraine, but not later than the date specified in the Policy as the termination date of this Policy.
 - 6.5. In case of insurance of an unlimited number of trips, the the liability of the Insurer shall enter into force and terminate in accordance with the subclauses 6.2 and 6.4 of this Policy for each of the trip, but the overall duration of staying abroad (in days) shall not exceed the duration specified in this Policy. The Insurer shall be liable within the number of days specified in this Policy. The validity period of the Policy remains unchanged with each departure abroad, while the duration of the trip is automatically reduced by the number of days spent by the Insured person on the territory of the Policy's validity.
 - 6.6. The territory of insurance coverage - Europe - European countries and Russia, except the territory of Ukraine, military zones, zones of natural disasters and those territories that are under the sanction of the UN.
- 7. RIGHTS AND OBLIGATIONS, LIABILITY OF THE PARTIES.
 - 7.1. The Insured shall be entitled to:
 - 7.1.1. Get acquainted with conditions and Rules of insurance.
 - 7.1.2. Initiate amendments to this Policy.
 - 7.1.3. Erly terminate the Policy.
 - 7.1.4. Receive the duplicate of the Policy in case of loss of the original upon written request for issuance of the duplicate.

- 5.1.3. Вибірковим або плановим медичним обстеженням, а також з будь-яким лікуванням, що могло бути відстроченом до повернення Застрахованої особи до України, а саме:
 - проведення будь-яких планових хірургічних втручань,
 - проведення оперативних втручань з метою лікування злоякісних та/або доброякісних новоутворень,
 - проведення хімотерапевтичного лікування злоякісних новоутворень, у т.ч. злоякісних новоутворень лімфоїдної, кровотворної та сподірених ім тканин.
 - проведення променевої терапії або радіохірургічних методів лікування.
 - проведення оперативних втручань - протезування суглобів.
 - проведення оперативних втручань з метою лікування захворювань або застарілих травм хребта та/або суглобів.
 - проведення коронарографії та планових оперативних втручань на серці та/або судинах.
 - проведення оперативних втручань з приводу хірургічної корекції набутих та/або вроджених вад.
 - проведення операцій трансплантації органів та/або тканин при будь-яких захворюваннях.
 - лікування повільних вірусних інфекцій центральної нервової системи, хронічних вірусних гепатитів (гепатит «В», гепатит «С», вірусний гепатит не уточнений), СНІДу, інфекційних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом та TORCH-інфекції
 - лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотичних та токсичних речовин).
 - лікування хронічних психічних захворювань.
 - лікування безпліддя.
- 5.1.4. Захворюваннями, що не вилікувані на день початку подорожі і які з медичної точки зору є протипоказаннями для здійснення подорожі.
- 5.1.5. Захворюваннями, які в попередні 6 (шість) місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування.
- 5.1.6. Медичним обслуговуванням або лікуванням Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку.
- 5.1.7. Обслуговуванням або лікуванням наслідків нещасного випадку або раптового (гострого) захворювання Застрахованої особи, що виникли внаслідок участі Застрахованої особи у будь-яких військових діях навіть без оголошеної війни, в тому числі застосуванні вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї, втроннення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, локаутів, терористичних актах або будь-яких інших діях за політичними мотивами.
- 5.1.8. Будь-яким радіаційним ураженням.
- 5.1.9. Епідемію, забрудненням навколишнього середовища та/або стихійним лихом.
- 5.1.10. Наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря.
- 5.1.11. Наслідками нещасних випадків, що спровоковани Застрахованою особою.
- 5.1.12. Наслідками самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи.
- 5.1.13. Вагітності, а саме: діагностика, лабораторні дослідження, пологи, штучне переривання вагітності (за власним бажанням без медичних показань).
- 5.1.14. Діагностикою та/або лікуванням захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВОЗОЗ (гарденельоз, генітальний герпес, кандідоз, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплезмоз, хламідіоз та інші), TORCH-інфекцій (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, герпес та інші), ВПІ-інфекції та СНІДу.
- 5.1.15. Захворюваннями на наркоманію та/або алкоголізм.
- 5.1.16. Нещасними випадками, що сталися в результаті занять будь-якими видами масового спорту (спорту для всіх, спорту на аматорському рівні, активними видами відпочинку) або спорту вищих досягнень (професійного спорту), у тому числі під час змагань або тренувань.
- 5.1.17. Нещасним випадком, що стався під час або в результаті будь-яких глибоководних занурень.
- 5.1.18. Нещасним випадком, що стався під час здійсненням Застрахованою особою професійної діяльності.
- 5.1.19. Водолюбіванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами.
- 5.1.20. Протезуванням, придбанням протезів та/або ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірвальних приладів тощо), придбанням загальнопокріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулгазізерами.
- 5.1.21. Щепленням, ін'єкцією ліків, якщо вони не були пов'язані з лікуванням, що здійснювалося з приводу настання нещасного випадку.
- 5.1.22. Протезуванням та/або стоматологічним лікуванням зубів, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю в рамках ліміту відшкодування, визначеного цим Договором.
- 5.1.23. Застосуванням способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною.
- 5.1.24. Перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу.
- 5.1.25. Наданням послуг медичними кадрами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності.
- 5.1.26. Відновлювальною терапією та/або фізіотерапією.
- 5.1.27. Наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, косметолога тощо, якщо інше не передбачено Особливими умовами цього Договору.
- 5.1.28. Доглядом за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками, чи ні.
- 5.1.29. Витратами, понесеними Застрахованою особою у зв'язку з професійною помилкою лікаря, моральними збитками та іншими непрямыми збитками, ушкодженню відогодо тощо.
- 5.1.30. Витратами, що виникли за кордоном після закінчення терміну дії Договору, за винятком витрат, пов'язаних із лікуванням та перебуванням Застрахованої особи в стаціонарних умовах внаслідок раптового (гострого) захворювання або нещасного випадку, що сталися під час дії Договору. При цьому Страховик оплачує тільки непередбачені медичні витрати до моменту усунення загрози життю Застрахованої особи, тобто за час перебування її тільки у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.
- 5.1.31. Лікуванням хвороб шкіри та/або підшкірної клітковини, сонячних опіків, фурункульозу, дерматитів, лікуванням алергічних реакцій та захворювань (реакцій на сонячне випромінювання – фотодермітис, реакція на укуси комах чи тварин, реакція на укути та реакції на інші зовнішні чинники), крім випадків, коли вони становлять загрозу життю Застрахованої особи, а саме станів, що супроводжуються інтоксикацією або набряком дихальних шляхів (станів, що потребують проведення інтенсивної терапії або здійснення реанімаційних заходів), але до моменту усунення такої загрози.
- 5.1.32. Витратами на заміну документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду придатного до використання.
- 5.2. Страховик не несе відповідальності та не відшкодує витрати за цим Договором, якщо страховий випадок стався:
 - 5.2.1. Внаслідок участі Застрахованої особи в будь-яких діях під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії цього Договору.
 - 5.2.2. Внаслідок участі Застрахованої особи в революції, заколоті, військових або народних повстаннях, бунтах, страйках, путчах, локаутах, терористичних актах, громадських заворушеннях в масштабах, або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, а також у зв'язку з зузупачення влади, введенням військової влади, або військового стану, або стану облоги, або будь-якою подією або причиною, результатом якої стало оголошення військового стану або стану облоги.
 - 5.2.3. Внаслідок ядерного інциденту, впливу іонізуючого випромінювання, радіаційного забруднення.
- 5.3. Страховик не відшкодує:
 - 5.3.1. витрати на послуги, що перевищують помірні чи обгрунтовані розміри їх оплати у відповідному регіоні;
 - 5.4. Обмеження відповідно до санкцій та застереження про виключення:Згідно цього застереження, жоден Страховик не надає покриття і жоден Страховик не несе відповідальності за оплату будь-якого збитку або відшкодування, якщо у разі забезпечення такого покриття, оплати такого збитку або надання такого відшкодування до Страховика можуть бути застосовані будь-які санкції, заборони або обмеження відповідно до Рішень Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічних санкцій, відповідно до будь-яких законів або нормативних актів щодо національних та міжнародних торгово - економічних санкцій.
- 6. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.
 - 6.1. Цей Договір укладається на строк не більше ніж на 1 (один) рік.
 - 6.2. Страховик несе відповідальність за цим договором з моменту проходження Застрахованою особою візаного прикордонного контролю України, але не раніше дати, вказаної в Договорі як початок строку дії цього Договору.
 - 6.3. При цьому, страховий платіж сплачується не пізніше дати початку строку дії Договору. В разі несплати Страховальником страхового платежу у зазначений строк. Договір страхування чинності не набуває.
 - 6.4. Відповідальність Страховика припиняється з моменту проходження Застрахованою особою візаного прикордонного контролю України, але не пізніше дати зазначеної, як дата закінчення строку дії цього Договору.
 - 6.5. Відповідальність Страховика починається та припиняється відповідно до п.п. 6.2. та 6.4. цього Договору для кожної з подорожі, але загальна тривалість перебування за кордоном (в днів) не може перевищувати тривалість часу, встановленого цим Договором. Страховик несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в цьому Договорі. При кожному виїзді за кордон строк дії Договору залишається без змін при цьому тривалість подорожі автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії цього Договору.
 - 6.6. Територія дії страхового покриття – Європе – країни Європи та Росія, крім України, зон бойових дій, зон стихійних лих та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН.
- 7. ПРАВА ТА ОВОВ'ЯЗКИ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.
 - 7.1. Страховальник має право:
 - 7.1.1. Ознайомитися з умовами збереження та Правилами.
 - 7.1.2. Ініціювати внесення змін до цього Договору.
 - 7.1.3. Достроково припинити дії цього Договору.
 - 7.1.4. Отримати дублікат Договору у разі втрати оригіналу, на підставі письмової заяви про видачу дубліката.

7.1.5. Appeal against decision of the Insured to refuse to pay insurance payment/ indemnity in the manner stipulated by the current legislation of Ukraine.

7.2. The Insured Person shall be entitled to:

7.2.1. Receive insurance payment/indemnity in accordance with the procedure and under conditions stipulated by the the Policy.

7.2.2. Appeal against decision of the Insured to refuse to pay insurance payment/indemnity in the manner stipulated by the current legislation of Ukraine.

7.3. The Insured shall be obliged to:

7.3.1. Pay insurance payment in due time and in full amount.

7.3.2. Provide the Insurer with information concerning circumstances substantial for estimation of the risk insured and keep informed Insurer about any changes in the risk insured while concluding the Policy.

7.3.3. Inform the Insurer about other current insurance Policy regarding the subject of the Policy while concluding the Policy.

7.4. The Insured person shall be obliged to:

7.4.1. Have regular medical examinations to confirm the fact of the insured event occurrence on request of the Insurer.

7.4.2. Agree to be transferred to the medical institution in the Ukraine for further treatment from the moment when a doctor determines that the health condition of the Insured person allows her/him by herself/himself or accompanied by another person to return to the Ukraine;

7.4.3. Return the received insurance payment to the Insurer in full, if the circumstances were discovered that under the applicable law or pursuant to the Rules and/or conditions of the Policy deprive the Insured (Insured person) of a right on the insurance payment.

7.5. The Insured/Insured person shall be obliged to:

7.5.1. Take measures to prevent and reduce losses caused as a result of the insured event occurrence.

7.5.2. Inform immediately Assistance or the Insurer about the occurrence of the insured event in the time provided by the insurance conditions and in case when it is impossible – within 1 (one) day from the moment of insured event occurrence.

7.5.3. Act in accordance with conditions of Clause 8 of the Policy upon occurrence of an event that has features of the insured one and after return to the territory of Ukraine to provide written explanation of the circumstances of the insured event for the Insurer.

7.5.4. Comply strictly with the instructions and recommendations provided by Assistance /by the Insurer to coordinate further actions.

7.5.5. Provide the Insurer with the available documents and information about the reasons and circumstances of the event occurrence of event that can be recognized as the insured.

7.5.6. Pay at their own for services, unless otherwise agreed with the Insurer and / or Assistance;

7.5.7. Provide the Insurer with all necessary documents stipulated in this Policy, confirming the insured event occurrence and the amount of the losses within the terms specified in this Policy;

7.5.8. The Insured/Insured person/Beneficiary shall be obliged to submit information (official documents) required for identification, verification, studying the Insured/ Insured person/ Beneficiary, specification information about him, and for the Insurer to perform requirements of the law on prevention and counteraction legalization (laundering) of proceeds from crime, terrorist financing and financing of proliferation of weapons of mass destruction.

7.6. The Insurer shall be entitled to:

7.6.1. Early terminate the Policy.

7.6.2. In case of need to settle the medical examinations with purpose of the Insured person examination.

7.6.3. In case of breach of the Policy by the Insured (the Insured person), refuse fully or partially to pay the insurance indemnity.

7.6.4. Postpone making of a decision regarding the implementation of the insurance payment till finding the circumstances and consequences of the events that has signs of insured event. The term of such postpone shall not exceed 90 (ninety) calendar days;

7.6.5. Submit requests to medical institutions, authorities of internal affairs, service of fire protection, service of emergency situations, weather forecast services and other competent authorities (or similar services in the country of temporary stay of the Insured person), medical and other institutions, companies, organisations having such information to ascertain the circumstances of the insured event, to investigate the reasons and circumstances of the insured event.

7.7. The Insurer shall be obligated to:

7.7.1. Familiarize the Insured with conditions of the Policy and Rules of insurance.

7.7.2. Within 2 (two) working days after being informed about the occurrence of the insured event take measures for drawing up all the required documents for on time insurance indemnity payment.

7.7.3. Pay the insurance indemnity in accordance with conditions and terms specified in the Policy.

7.7.4. Keep in secret information about the activity of the Insured and his/her property status with the exception of cases envisaged by the effective Ukrainian legislation.

7.8. The Parties incurs liability for noncompliance or improper performance of the Conditions of the Policy in accordance with the Policy and effective Ukrainian legislation.

8. ACTIONS OF THE INSURED PERSON IN CASE OF THE OCCURRENCE OF AN EVENT THAT HAS FEATURES OF THE INSURED ONE.

8.1. In case of occurrence of an event, that may be considered as the insured one and lead to unforeseen expenses, the Insured person/Insured is obligated to inform Assistance/the Insurer immediately within 1 (one) day from the date of insured event occurrence by sending e-mail to:

e-mail: travel@euroins.com.ua or viber: +380 67 200 28 17 або +38 044 500 68 70, Poland +48 22 308 22 22

the following information:

- Name and surname of the Insured person;
- Policy Number;
- Validity period of the Policy;
- Location address, telephone number of the Insured person;
- The reason for visiting of medical institutions
- The amount of paid expenses.

8.2. Upon occurrence of an event, that has features of the insured one, the Insured/Insured person is obligated to:

8.2.1. Take all available measures to remove the causes of an event that can be qualified as insured one.

8.2.2. Take all available measures for proper drawing up of all necessary documents to confirm the fact of occurrence, reasons, nature, and amount of losses and handle these to the Insurer.

9. PROCEDURE AND TERMS OF INSURANCE INDEMNITY PAYMENT.

9.1. In case of occurrence of an event, that may be considered as the insured one, the Insurer shall make a decision on insurance indemnity payment or on its refusal within 10 (ten) working days from the day of receiving documents mentioned in this Clause by means of drawing up of a claim report or a report of refusal to pay the insurance indemnity payment respectively.

9.2. The Insurer shall prolong the period of decision making for the period of medical examination and pending documents provided by Insurer/Insured person/ Beneficiary and information concerning the event that is to be provided by Assistance, for the period necessary for receiving of an answer of the competent authorities, medical and other institutions on requests of the Insurer.

9.3. The Insurer shall perform the insurance indemnity payment within 5 (five) working days from the day on which the respective claim report was drawn up.

9.4. In case of refusal to effectuate the insurance indemnity payment the Insurer is obliged to inform the Insured in written about the founded motivation of his/her refusal within 5 (five) working days from the day on which the refusal report was drawn up.

9.5. In case of the insured event occurrence the Insurer shall carry out the insurance indemnity payment within the costs incurred for the own payment for the received services taking into account deductible, but in any case not exceeding the liability limit established by the Policy for one insured event per one insured person in UAH equivalent at the NBU rate on the date of the insured event based on the documents confirming the insurance event and the amount of expenses according to the subclause 9.8 to this Policy.

9.6. The Insurer effectuates the insurance indemnity payment:

9.6.1. Directly to the Insured person in case he/she paid for provided services by his/her own.

9.6.2. Directly to Assistance, for the services rendered to the Insured person, in conformity with the Policy on cooperation concluded between the Insurer and Assistance and according to the documents that prove the occurrence and settlement of the insured event in question.

9.7. The Insurer establishes the amount of the insurance indemnity payment based on the received documents proving occurrence of the insured event, but it can not exceed the liability limit for one insured event per one Insured person stipulated by the Policy.

9.8. The Insurer shall pay insurance indemnity in accordance with a claim report within the limits of the sum insured established for one insured person and within the liability limits in the amount of actual and documentarily approved expenses minus deductible, the amount of which is set according to the Policy.

9.9. In order to make a decision on recognition or non-recognition of the insured event and decision on insurance indemnity payment or its refusal the Insured person (Beneficiary or other authorized representative of the Insured person) shall provide the Insurer with the following documents to receive the insurance indemnity to the personal account under this Policy:

9.9.1. Application for insurance indemnity payment.

9.9.2. Document that identifies the Insured person (Beneficiary or other authorized representative of the Insured person) partly (passport or any other respective document that proves identity in accordance with Ukrainian legislation).

9.9.3. Original documents containing the surname and name of the Insured person, his/hers diagnosis, information on medical treatment, dates of their realization and the sum paid for the rendered medical treatment services.

9.9.4. Sealed medical prescriptions containing the name of the doctor in charge, names of medicines and original documents proving the payment for drugs prescribed by the doctor for treatment of the disease.

7.1.5. Оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті/ відшкодування в порядку, встановленому чинним законодавством України.

7.2. Застрахована особа має право:

7.2.1. На отримання страхової виплати/ відшкодування в порядку та на умовах визначених в цьому Договорі.

7.2.2. Оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті/ відшкодування в порядку, встановленому чинним законодавством України.

7.3. Страховальник зобов'язаний:

7.3.1. Своєчасно і в повному обсязі внести страховий платіж.

7.3.2. При укладенні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надати інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику.

7.3.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору.

7.4. Застрахована особа зобов'язана:

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

7.4.2. погодитись на переведення в лікувальний заклад України для подальшого лікування з моменту, коли лікар визначить, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в Україну;

7.4.3. Повернувшись Страховику отриману страхову виплату в повному обсязі, якщо були виявлені обставини, що за чинним законодавством або відповідно до Правил та/або умов цього Договору позбавляють Страховальника (Застраховану особу) права на страхову виплату.

7.5. Страховальник/Застрахована особа зобов'язаний:

7.5.1. Вжити заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

7.5.2. негайно повідомити Асистанс або Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування, а в разі неможливості – протягом 1 (однієї) доби з дати настання страхового випадку.

7.5.3. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, діяти згідно умов Розділу 8 цього Договору, та після повернення на територію України надати Страховику письмове пояснення щодо обставин страхового випадку.

7.5.4. Неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих Асистансом/Страховиком для координації подальших дій.

7.5.5. Надати Страховику наявні документи та інформацію про причини та обставини настання події, що може бути визнана страховою.

7.5.6. За власний рахунок сплатити послуги, якщо інше не погоджено зі Страховиком та/або Асистансом;

7.5.7. Надати Страховику всі необхідні документи, передбачені цим Договором, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, у строк, зазначений в цьому Договорі;

7.5.8. Страховальник/Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язаний подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для ідентифікації, верифікації, вивчення Страховальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача, уточнення інформації про нього, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

7.6. Страховик має право:

7.6.1. На дострокове припинення дії Договору.

7.6.2. При необхідності організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи.

7.6.3. При невиконанні Страховальником (Застрахованою особою) умов Договору повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування.

7.6.4. Відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати до з'ясування обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку. Строк такої відстрочки не перевищує 90 (дев'яносто) календарних днів.

7.6.5. Надіслати запити до Медичних закладів, органів внутрішніх справ, у служби пожежної охорони, надзвичайних ситуацій, гідрометеорологічної служби та до інших компетентних органів (або в аналогічні служби в країні тимчасового перебування Застрахованої особи), медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією, для з'ясування обставин настання страхового випадку, самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку.

7.7. Страховик зобов'язаний:

7.7.1. Ознайомити Страховальника з умовами та Правилами страхування.

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

7.7.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений Договором строк та на умовах, передбачених цим Договором.

7.7.4. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховальника та його майнового становище, крім випадків, встановлених законом.

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

8. ДІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

8.1. У разі настання події, що може бути визнана страховою та призведе до непередбачених витрат, Застрахована особа/Страховальник зобов'язана негайно повідомити Асистанс/Страховика протягом 1 (однієї) доби з дати настання події, що має ознаки страхового випадку шляхом надання електронного листа на:

e-mail: travel@euroins.com.ua, viber: +380 67 200 28 17 або +38 044 500 68 70, Польша +48 22 308 22 22

наступні відомості:

- Прізвище та ім'я Застрахованої особи.
- Номер Договору.
- Строк дії Договору.
- Місцезнаходження та номер контактної телефону Застрахованої особи.
- Причина звернення до медичної установи.
- Суму витрачених коштів.

8.2. При настанні події, яка має ознаки страхового випадку, Страховальник/Застрахована особа зобов'язана:

8.2.1. Вжити всіх доступних заходів для усунення причин події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок.

8.2.2. Вжити всіх доступних заходів для оформлення належним чином всіх документів, необхідних для підтвердження факту настання, причин, характеру та розміру збитку, і надати їх Страховику.

9. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

9.1. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання документів, зазначених у цьому Розділі, шляхом складання страхового акта або акта про відмову у виплаті страхового відшкодування відповідно.

9.2. Строк прийняття рішення подовжується Страховиком на період проведення медичного огляду, очікування документації від Страховальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача та інформації про випадок від Асистанс, відповіді компетентних органів, медичних чи інших закладів за запитом Страховика.

9.3. Виплату страхового відшкодування Страховик здійснює протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня затвердження страхового акта.

9.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання акту про відмову у виплаті страхового відшкодування повідомити Застрахованій особі у письмовій формі обґрунтовані причини відмови.

9.5. При настанні страхового випадку Страховиком здійснюється виплата страхового відшкодування в межах понесених витрат за самостійну оплату вартості отриманих послуг з урахуванням франшизи, але в будь-якому випадку не більше встановленого Договором ліміту відповідальності по одному страховому випадку на одну Застраховану особу в гривневому еквіваленті по курсу НБУ на дату страхового випадку, на підставі документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат згідно п.9.8. цього Договору.

9.6. Страховиком здійснюється виплата страхового відшкодування:

9.6.1. Безпосередньо Застрахованій особі у випадку самостійної оплати послуг.

9.6.2. Безпосередньо Асистансу, за надані Застрахованій особі послуги, на підставі договору про співробітництво, укладеного між Страховиком та Асистансом та документів, що підтверджують факт настання та врегулювання страхового випадку.

9.7. Розмір страхового відшкодування визначається Страховиком на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку, але не може перевищувати встановленого ліміту відповідальності цим Договором по одному страховому випадку на одну Застраховану особу.

9.8. Страхове відшкодування сплачується Страховиком на підставі страхового акту в межах страхової суми на одну Застраховану особу та лімітів відповідальності, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за вихаруванням франшизи, розмір якої встановлений в цьому Договорі.

9.9. Для отримання страхового відшкодування за цим Договором на власний рахунок Застрахована особа (Вигодонабувач або інший уповноважений представник Застрахованої особи) надає Страховику для прийняття рішення про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, такі документи:

9.9.1. Заяву на виплату страхового відшкодування.

9.9.2. Документ, що ідентифікує Застраховану особу (Вигодонабувача або іншого уповноваженого представника Застрахованої особи) (паспорт чи інший відповідний документ, що посвідчує особу згідно законодавства України).

9.9.3. Оригінали документів, де вказані прізвище, ім'я Застрахованої особи, діагноз захворювання, інформація про лікувальні процедури та дати їх проведення, а також сума сплати за проведення лікування.

- 9.9.5. Other documents that prove expenses incurred by the Insured person (invoice, receipts etc.).
- 9.9.6. Copy of the document indicating the taxpayer identification number of the Insured person;
- 9.9.7. Confirmation from the Migration Service of Ukraine regarding the number of days of staying abroad during the period of the Policy at the request of the Insurer.
- 9.9.8. Other documents requested by the Insurer containing information on the event having features of the insured one.
- 9.10. The documents specified in subclause 9.8. of the Policy can be drawn up in English, French, German, Spanish or Polish (except for application for insurance indemnity payment, which is drawn up in Ukrainian in form set by the Insurer or in free form, if there is no such set form). If the provided documents are drawn up in any other language rather than above mentioned ones, the Insured person must provide the Insurer with its official Ukrainian translation.
- 9.11. The documents specified in subclauses 9.8.1-9.8.8 of the Policy shall be submitted to the Insurer within 10 (ten) working days after returning from abroad. If the documents specified in subclauses 9.8.2-9.8.8 of this Policy are provided by the respective competent authorities, institutions or organizations they are submitted to the Insurer separately after they have been received at such competent authorities, institutions or organizations not later than within 2 (two) working days from the date they are received by the Insured person (Beneficiary) or his/hers heirs.
- 9.12. The documents submitted in order to make a decision on recognition or non-recognition of the insured event and decision on insurance indemnity payment or its refusal must be trustworthy, presented in quantity requested by the Insurer, duly written and legalized.
- 9.13. If the Insured person received an indemnity payment effectuated by the persons that caused the losses, the Insurer shall pay the difference between the sum to be paid as an insurance indemnity and the amount received by the Insured person from the persons, but within the limit of established sum insured under the Policy. The Insured person must inform the Insurer about receiving of such sums paid by the persons at fault.
- 9.14. The amount of the insurance indemnity payment established for one Insured person is reduced during the period of validity of the insurance Policy by the amount of the insurance indemnity payment.

10. REFUSAL OF INSURANCE INDEMNITY PAYMENT.

- 10.1. In case of the insured event occurrence the reasons for refusal of insurance indemnity payment are:
- 10.1.1. The Insured's (the Insured's person, Beneficiary's) failure to perform the terms of the Policy.
- 10.1.2. The Insured's (the Insured's person) delay to inform regarding the insured event occurrence without good reasons or creation of conditions, which pose obstacle to the Insurer in his investigation of conditions, nature and amount of losses, including as a result failure to perform or untimely performance by the Insured person the obligations to inform the Insurer about the occurrence of events that eventually can cause unplanned losses, or create conditions, which pose obstacle to the Insurer in his investigation of conditions, nature and amount of losses.
- 10.1.3. The intended acts of the Insured/the Insured person aimed at occurrence of the insured event. The specified norm is not applied to the cases when they had to comply with their citizen or official duties or to effect self-protective measures (within the limits) or measures aimed at protection of property, life, health, honor, dignity and business reputation. The effectuated actions of the Insured/the Insured person or must be qualified in accordance with the effective Ukrainian legislation.
- 10.1.4. Failure to perform by the Insured person medical prescriptions, recommendations and instructions given by the doctor Assistance and/or the Insurer.
- 10.1.5. Refusal of the Insured person from medical examination requested by the Insurer with the purpose to prove the fact of events occurrence, which lead to the insured event.
- 10.1.6. The Insured's (the Insured's person, Beneficiary's) providing of intentionally false information and documents on the subject of the Policy and/or on the insured event occurrence to the Insurer.
- 10.1.7. Commitment by the Insured individual or the Insured person of intentional crime that caused the insured event.

- 10.1.8. The Insured's person failure to provide all requested documents that prove the insured event occurrence and/or amount of the loss.
- 10.1.9. Receiving by the Insured (the Insured person) full indemnity of losses under property insurance from the person fault for their occurrence.
- 10.1.10. The Exclusions specified in the Clause 5 of the Policy.
- 10.1.11. The other cases established by effective legislation and by the Rules.
- 10.2. If the fact that caused the insured event, is the subject of criminal opened proceedings or the the court hearing has been initiated, the Insurer's decision on insurance indemnity payment can be postponed till the end of the criminal proceedings or trial, with the purpose of establishment of the Insured person's/Insured's innocence, but not more than 180 (one hundred eighty) working days.

11. THE POLICY AMENDMENT PROCEDURE AND PROVISIONS FOR ITS TERMINATION.

- 11.1. Any alterations and amendments to the Policy shall be made by mutual agreement of the Insured and the Insurer by concluding an additional agreement that becomes an integral part of the Policy, or by concluding a new Policy.
- 11.2. The Policy terminates and becomes invalid by mutual agreement of the Parties, as well as in case of:
- 11.2.1. Expiry of the Policy validity term.
- 11.2.2. The Insurer's complete fulfillment of his/hers obligations against the Insured (the Insured person).
- 11.2.3. Liquidation of the Insured-legal entity or death of the Insured-individual or loss of his/her legal capacity excluding the cases, specified by Articles 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine "On insurance".
- 11.2.4. Liquidation of the Insurer under the procedure stipulated by Ukrainian legislation.
- 11.2.5. Judicial decision on nullifying the Policy.
- 11.2.6. In other cases envisaged by the Ukrainian legislation.
- 11.3. The standard costs for the case handling by the Insurer constitute 40%.
- 11.4. The Policy can be terminated upon the Insured's or the Insurer's request.
- Any Party, initiating early termination of the Policy, shall provide a written notice to the other Party about the mentioned intention not later than 5 working calendar days prior to the date of the Policy termination.
- 11.5. In case of early termination of the Policy upon the Insured's request, the Insurer returns the insurance payments to the Insured for the period left until the expiry of the Policy validity term, excluding standard case handling costs defined when calculating the insurance rate, actual payments of indemnity made under this Policy. If the Insured's request is based on the Insurer's violation of the Policy provisions, the Insurer shall return the Insured the insurance payments paid by him in full.

- 11.6. In case of early termination of the Policy upon the Insurer's request, the insurance payments paid by the Insured shall be returned to Insured in full. If the Insurer's request is based on the Insured's violation of the Policy provisions, the Insurer shall return the Insured the insurance payments paid for the period left until the expiry of the Policy's validity term, excluding standard case handling costs defined when calculating the insurance rate, actual payments of indemnity made under this Policy.
- 11.7. In case of Policy termination before its validity beginning, the actually paid insurance premium minus standard costs for case handling shall be returned to the Insured on his request.

12. DISPUTES SETTLEMENT PROCEDURE.

- 12.1. All disputes that arise between the Insured, the Insured person and the Insurer shall be settled by negotiations. If the Parties fail to reach Policy, the disputes are settled judicially, according to the effective Ukrainian legislation.
- 12.2. When facing questions that are not settled by the conditions of the Policy the Insurer, the Insured person, the Insured follow the Rules and Ukrainian legislation. Upon occurrence of the insured event and in case of conflicts in applying of provisions of the Rules and the Policy, the provisions of the Policy are of priority.
- 12.3. This Policy is drawn up in Ukrainian and English languages. In case of any contradictions in the interpretation of the Policy conditions issued in Ukrainian and English, the Ukrainian version will prevail.
- 12.4. The Insured confirms the following by signing this Policy:
- a) the Insured agreed and accepted terms of the Policy;
- b) that before concluding this insurance Policy the Insurer provided him with information stipulated by the second part of the Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets".
- c) Identification details of the Insured / Insured person are reliable.
- 12.5. By signing this Policy the Parties confirm, that the Insurer implemented identification and verification of the Insured according to the Law of Ukraine "On prevention and counteraction to legalization (laundering) of proceeds from crime, terrorist financing and the financing of proliferation of weapons of mass destruction"
- 12.6. According to the Law of Ukraine "On Personal Data Protection" No. 2297-VI as of 01.06.2010, the Insured/the Insured person give irrevocable consent for processing their personal data of general character (surname, name, date of birth, place of residence, number and series of passport, individual tax number, etc.) to the Insurer in order of performing its Charter's activities, namely to ensure the implementation of relations in insurance, reinsurance according to the Law of Ukraine "On Insurance", as well refuse of the written notice regarding transfer of his personal data to other persons in order to ensure the above goals.

Підпис Страховальника / Signature of the Insured

M.П./ Seal

- 9.9.4. Рецепти з печаткою, де вказано прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням.
- 9.9.5. Інші документи, що підтверджують понесені Застрахованою особою витрати (квитанції, чеки тощо).
- 9.9.6. Копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податків.
- 9.9.7. Підтвердження з Міграційної служби щодо кількості днів перебування за кордоном під час строку дії цього Договору на вимогу Страховика.
- 9.9.8. Інші документи на вимогу Страховика, що містять інформацію про подію, яка має ознаки страхового випадку.
- 9.10. Документи, зазначені в п. 9.8 цього Договору, можуть бути надані англійською, французькою, німецькою, іспанською або польською мовами (крім заяви на виплату страхового відшкодування, яка надається українською мовою за формою, встановленою Страховиком, або, якщо ним такої форми не встановлено, у довільній формі). Якщо документи складені іншими мовами, Застрахована особа має надати офіційний переклад українською мовою.
- 9.11. Документи, зазначені в підпунктах 9.8.1-9.8.8 цього Договору, подаються Страховику в строк до 10 (десяти) робочих днів після повернення із-за кордону. Якщо документи, які зазначені у підпунктах 9.8.2-9.8.8 цього Договору, видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику окремо після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) чи її спадкоємцями.
- 9.12. Документи, що надаються для прийняття рішень про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.
- 9.13. Якщо Застрахована особа отримала відшкодування від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Застрахованою особою від цих осіб, але в межах встановленої страхової суми за Договором. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання.
- 9.14. Страхова сума на одну Застраховану особу зменшується протягом строку дії Договору на суму виплачених страхових відшкодувань.

10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

- 10.1. При настанні страхового випадку підставою для відмови Страховику у виплаті страхового відшкодування є:
- 10.1.1. Невиконання Страховальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умов Договору.
- 10.1.2. Несвоєчасне повідомлення Страховальником /Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків, у т.ч. внаслідок невиконання або несвоєчасного виконання Застрахованою особою вимог щодо повідомлення Страховика про настання подій, що можуть призвести до непередбачених витрат, або створення Страховику перешкод у визначенні причин та обставин настання страхового випадку, характеру та розміру збитків.
- 10.1.3. Навмисні дії Страховальника/Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страховальника/Застрахованої особи або встановлюється відповідно до чинного законодавства України.
- 10.1.4. Невиконання Застрахованою особою медичних призначень, рекомендацій та інструкцій лікаря Асистанс та/або Страховика.
- 10.1.5. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання подій, що призвели до страхового випадку.
- 10.1.6. Подання Страховальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) Страховику свідомо неправдивих відомостей та документів про предмет Договору та/або про факт настання страхового випадку.
- 10.1.7. Вчинення Страховальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.
- 10.1.8. Недавання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та/або розмір збитку.
- 10.1.9. Отримання Страховальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 10.1.10. Виключення, визначені в Розділі 5 цього Договору.
- 10.1.11. Інші випадки, передбачені законом та Правилами.
- 10.2. Якщо за фактом, який став причиною настання страхового випадку, відкрите кримінальне провадження або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхового відшкодування може бути відкладене до закінчення кримінального провадження та/або судового розгляду для встановлення невинуватості Страховальника/Застрахованої особи, але не більше ніж на 180 (сто вісімдесят) робочих днів.

11. ПОРЯДОК ВВЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ І УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ЙОГО ДІЯ.

- 11.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору здійснюються за згодою Страховальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору, або шляхом переоформлення (перукладання) Договору.
- 11.2. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 11.2.1. Закінчення строку дії Договору.
- 11.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.
- 11.2.3. Ліквідації Страховальника-юридичної особи або смерті Страховальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування".
- 11.2.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.
- 11.2.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.
- 11.2.6. В інших випадках, передбачених законодавством України.
- 11.3. Норматив витрат на ведення справи Страховика складає 40%.
- 11.4. Дія цього Договору може бути достроково припинена на вимогу Страховальника або Страховика.
- Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 5 робочих днів до дати припинення строку дії Договору.
- 11.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних витрат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страховальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 11.6. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика, Страховальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних витрат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором.
- 11.7. У разі припинення договору до початку строку дії Договору за вимогою Страховальника, йому повертається фактично сплачений страховий платіж з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

- 12.1. Спори між Страховальником, Застрахованою особою, Страховиком вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди, розв'язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України.
- 12.2. При вирішенні питань, що не врегульовані цим Договором, Страховальник, Застрахована особа, Страховик керуються Правилами та законодавством України. При настанні страхового випадку та у разі виникнення копій у застосуванні положень Правил до цього Договору, пріоритетну силу мають положення цього Договору.
- 12.3. Цей Договір складено українською та англійською мовами. У випадку розбіжностей при тлумаченні умов Договору українською та англійською мовами, український текст має переважну силу.
- 12.4. Підписанням цього Договору Страховальник підтверджує наступне:
- a) з умовами Договору та Правилами Страховальник ознайомлений та згодний;
- b) що йому до укладення зазначеного Договору страхування Страховиком було надано інформацію, передбачену частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»;
- в) відомості щодо ідентифікації Страховальника є достовірними.
- 12.5. Підписанням цього Договору Сторони підтверджують, що ідентифікація та верифікація Страховальника здійснена Страховиком відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».
- 12.6. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010 року, Страховальник/Застрахован особа надають безвідплатну згоду на обробку персональних даних загального характеру (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, місце проживання, серія та номер паспорта, індивідуальний податковий номер тощо), Страховику з метою здійснення статутної діяльності, а саме: для забезпечення реалізації відносно у сфері страхування, перестрахування відповідно до Закону України «Про страхування», а також відмовляються від письмового повідомлення про передачу персональних даних третім особам з метою забезпечення вищевказаної мети.

Підпис Страховика(Агента)/ Signature of the Insurer(Agent)

M.П./ Seal