

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказом Генерального директора  
Приватного акціонерного товариства  
"Страхова компанія "Перша"  
від "16" жовтня 2018 року  
№ 55



Н.В. Безбах

**APPROVED**  
By order of the General Director  
Private Joint-Stock Company  
"Insurance company "Persha"  
from "16" October 2018 year  
No. 55

**ПУБЛІЧНА ОФЕРТА (Частина 2 Договору)  
добровільного комплексного страхування  
подорожуючих за кордон за програмою  
«VECTOR-STANDARD»**

**Public offer (Part 2 of the Treaty)  
Contract of Voluntary Complex Insurance of  
Travelers Abroad under the program  
"VECTOR-STANDARD"**

**1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1.1. Ця Публічна оферта (Частина 2 Договору) добровільного страхування подорожуючих за кордон за програмою «VECTOR-STANDARD» (далі – **Оферта**) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Перша», код ЄДРПОУ 31681672, 03150, м. Київ, вул. Фізкультури, 30 (далі – **Страховик**), яка адресується невизначеному колу осіб – будь-якій дієздатній фізичній особі або юридичній особі (далі – **Клієнт**) щодо укладення зі Страховиком договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордон за програмою «VECTOR-STANDARD» (далі – **Договір**).

1.2. Договір складається з Частини 1, яка містить дані Клієнта та ряд істотних умов Договору, та Частини 2 – усіх інших істотних умов, що викладені в цій Оферті.

1.3. Договір укладається відповідно до Особливих умов добровільного страхування медичних витрат подорожуючих (Додаток 2 до Правил добровільного страхування медичних витрат від 14.02.2008 р.) від 14.02.2008 р.) і Правил добровільного страхування від нещасних випадків від 12.03.2008 р. (далі разом – **Правила**) та на підставі безстрокових ліцензій Нацкомфінпослуг України серії АЕ №198821 та №198815 від 19.06.2013 р. із дотриманням вимог Цивільного кодексу, Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію».

1.4. Частина 2 Договору є договором приєднання, і відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України, її умови є стандартними і Клієнт може лише приєднатися до неї в цілому та не може запропонувати свої умови. Умови Частини 2 Договору поширюються на Договори, укладені з дати, наступної за датою її затвердження, по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на Оферту на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет ([www.persha.ua](http://www.persha.ua)) як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, не залежно від строків дії таких Договорів.

1.5. Страховик підтверджує, що укладення Договору з використанням факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання є вільним волевиявленням Страховика та ніяким чином не порушує прав Страховика та Клієнта (Страховальника).

1.6. Відповідно до статей 207, 634, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11,12,13 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Оферти Клієнтом вважається вчинення ним сукупності таких дій: оформлення та підписання Частини 1 Договору в паперовій формі та сплата страхового платежу на поточний рахунок Страховика в розмірі і в строк, передбачений Частиною 1 Договору, при цьому датою та часом оплати вважається дата та час фактичного зарахування коштів на рахунок Страховика. Виконання зазначених дій означає і

**1. GENERAL CONDITION**

1.1 This Public Offer - Part 2 of the Contract of Voluntary Complex Insurance of Travelers Abroad under the program "VECTOR-STANDARD" (hereinafter – the **Offer**) is an official offer of Private Joint Stock Company "Insurance Company" PERSHA", the code of EDRPOU 31681672, 03150, Kiev, Physical Culture str., 30 (hereinafter consumers **Insurer**), addressed to an uncertain circle of consumers – any capable physical person (hereinafter – the **Client**) regarding the conclusion of Contract of voluntary complex insurance of travelers abroad under the program "VECTOR-STANDARD" (hereinafter referred to as the **Contract**).

1.2 The Contract consists of Part 1, which contains the Client's data and a number of essential terms of the Contract, and Part 2 – all other essential conditions outlined in this Offer.

1.3 The Contract is concluded in accordance with the Rules of Voluntary Medical Expenses Insurance dated February 14, 2008 (Annex 2 to Special Conditions for Voluntary Insurance of Medical Expenses Travelers dated February 14, 2008) and the Rules of Voluntary Accident Insurance from March 12, 2008 (hereinafter together – the **Rules**) and on the basis of open-ended licenses of the National Committee of Ukraine for Financial Services of Ukraine series AE No.8821 and No.198815 dated June 19, 2013, subject to the requirements of the Civil Code, the Laws of Ukraine "On Insurance", "On Electronic Documents and Electronic Document Management", "On Electronic Digital Signature" and "On electronic commerce".

1.4 Part 2 of the Contract is a contract of accession, and in accordance with Article 634 of the Civil Code of Ukraine, its conditions are standard and the consumer can only join the Contract as a whole and can not propose its own terms. The terms of this Part 2 of the Contract apply to the Contracts concluded from next after the approval date by the date indicated by the Insurer in the title of the hyperlink to the Offer on the Insurer's website on the Internet ([www.persha.ua](http://www.persha.ua)) as the final date or on the current date if the final date not indicated, regardless of the terms of such Contracts.

1.5 The Insurer confirms that the conclusion of this Contract with the use of facsimile reproduction of the signature of the authorized person and the stamp of the Insurer by means of mechanical or other copying is a free utterance of will of the Insurer and in no way violates the rights of the Insurer and the Client (Insurant).

1.6 In accordance with Articles 207, 634, 641, 642, 981 of the Civil Code of Ukraine and Articles 11, 12,13 of the Law of Ukraine "On E-Commerce" the unconditional acceptance (acceptance) of the terms of this Offer by the Client is considered to be the implementation of a combination of the following actions: registration and signing Part 1 of the Contract in paper form and payment of an insurance premium to the insurer's current account in amount and in term stipulated by the Policy, withal the date and time of payment is the date and time of the actual transfer money to the insurer's account. The implementation of these actions means and confirms the

підтверджує прийняття Клієнтом всіх умов цієї Оферти і є підтвердженням укладення Договору.

**1.7. Визначення термінів:**

1) **Страховальник** – юридична особа чи дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування щодо себе та/чи страхування третіх осіб (Застрахованих осіб), за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Страховальник може бути одночасно Застрахованою особою.

2) **Застрахована особа** – фізична особа, щодо страхування якої за її згодою укладений Договір, яка може набувати прав і обов'язків Страховальника відповідно до умов Договору.

3) **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка призначена Страховальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.

4) **Спадкоємець Застрахованої особи** – особа, яка отримує страхову виплату за Договором на підставі документу, що встановлює право цієї особи на спадщину.

5) **Асистуюча компанія** – юридична особа, в т.ч. її офіційні представники, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором, а також організовує надання та оплату послуг Застрахованій особі за кордоном у разі настання страхового випадку.

6) **Спеціалізовані особи** – треті особи, що є закладами по наданню медичних та інших послуг, асистуючі компанії, сервісні та інші служби, які мають право на здійснення своєї діяльності, які надають послуги Страховальнику (Застрахованій особі) згідно умов Договору.

7) **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, згідно умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

8) **Ліміт відповідальності Страховика** – гранична (максимальна) сума, яка може бути виплачена Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору за окремим видом послуг.

9) **Франшиза** – частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Франшиза, встановлена в грошовій одиниці, відповідає грошовій одиниці страхової суми.

10) **Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

11) **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

12) **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

13) **Умовна одиниця (у.о.)** – грошова одиниця, у якій обчислюється страхова сума, ліміт відповідальності Страховика та франшиза згідно умов Договору.

14) **Захворювання (раптова хвороба)** – раптове, непередбачуване, гостре погіршення стану здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з несподіваною хворобою, що становить пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає надання їй екстреної медичної допомоги. Екстрена медична допомога надається до усунення гострих проявів розладу здоров'я Застрахованої особи (зникає загроза життю Застрахованої особи і вона може бути переведена із відділення лікування невідкладних станів в інше відділення для подальшого стаціонарного та/або амбулаторного лікування).

15) **Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до смерті Застрахованої особи чи значного та тривалого розладу здоров'я (інвалідності).

acceptance by the Client of all conditions of this Offer and confirms the conclusion of the Contract.

**1.7 Definition and the terms:**

1) **The Insurant** is a legal entity or a capable individual who has entered into with the Insurer an insurance contract for himself and / or insurance of third parties (Insured persons) with their consent, except for the cases stipulated by the current legislation. The Insurant may be simultaneously the Insured person.

2) **Insured person** – an individual whose insurance with the consent of which is concluded by the Contract, which may acquire the rights and obligations of the Insurant.

3) **Beneficiary** – an individual or legal person appointed by the Insurant (by agree of the Insured person) and note in the insurance contract as a person who is entitled to receive an insurance payment in the event of an insured event.

4) **The heir of the Insured person** is a person who receives reimbursement under the Contract on the basis of a document establishing the right of this person to inherit.

5) **Assistance Company** – a legal person, including her official representatives acting for and on behalf of the Insurer and coordinating the actions of the Insured person at the onset of events envisaged by the Contract, as well as arranging the provision and payment of services to the Insured person abroad in the event of an insured event.

6) **Specialized establishment** – third parties who are institutions for the provision of medical and other services, assistance companies and other services that are entitled to carry out their activities, which provide services to the Insurant (to the Insured person) in accordance with the terms of the Contract.

7) **Sum insured** – a monetary amount within the limits of which the Insurer, in accordance with the terms of the Contract, is obliged to pay out upon the occurrence of the insured event.

8) **The Insurer's liability limit** is the maximum (maximum) amount that can be paid by the Insurer upon the occurrence of an insured event in accordance with the terms of the Contract for a particular type of service.

9) **Deductible** – part of the loss, which is not reimbursed by the Insurer under the terms of the Contract. The deductible, set in the monetary unit, corresponds to the monetary unit of the Sum insured.

10) **Insurance premium** – payment for insurance, which the Insurant obliged to pay to the Insurer in accordance with the terms of the Contract.

11) **Insurance payment (indemnity, reimbursement)** – the amount of money paid by the Insurer in the event of an insured event under the terms of the Contract.

12) **Insurance tariff** – the rate of insurance premium per unit of the Sum insured amount for a certain period of insurance.

13) **Conditional unit (c.u.)** – the monetary unit in which the Sum insured, the insurer's liability limit and deductible are calculated in accordance with the terms of the Contract.

14) **Disease (sudden illness)** – a sudden, unpredictable, sharp deterioration in the health of the Insured due to an unexpected illness that is a direct threat to the life and health of the Insured person and requires the provision of emergency medical care. Emergency medical care is provided to eliminate the acute manifestations of the health disorder of the Insured person (the insured person's life threatens disappears and the insured person's can be transferred from the emergency department to another department for further in-patient and / or outpatient treatment).

15) **Life and health threat** – a situation or state of the Insured person, in which failure to provide urgent medical care may result in the death of the Insured person or significant and prolonged injury to health (disability).

16) **Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини – загрози її життю та здоров'ю.

17) **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи, випадкова подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату або її смертю.

18) **Первинна інвалідність** – це встановлення особи I, II або III групи інвалідності, категорії "дитина з інвалідністю" або "дитина з інвалідністю підгрупи А" вперше, шляхом проведення експертного обстеження медико-соціальною експертною комісією (далі – МСЕК) або лікувально консультативною комісією (далі – ЛКК). Не вважається первинною така інвалідність, що була встановлена особі шляхом зміни групи інвалідності на вищу, або якщо особа раніше визнавалася особою з інвалідністю, але після перегляду група (категорія) інвалідності була знята, і згодом група (категорія) інвалідності була знову призначена.

19) **Репатріація тіла** – перевезення тіла Застрахованої особи в разі її смерті до країни колишнього постійного місця проживання.

20) **Страховий захист** – зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату на умовах Договору у разі настання страхового випадку.

1.8. Частина 1 Договору укладено в 2 (двох) автентичних примірниках, що мають однакову юридичну силу і зберігаються у кожній із Сторін. Оферта (Частина 2 Договору) складена українською та англійською мовами. Обидва варіанти мають однакову юридичну силу, у разі різничитання юридичну силу має український текст Договору. За наявності розбіжностей між текстом Договору та текстом Правил пріоритет має текст Договору.

1.9. Всі додатки до Договору, за їх наявності, є його невід'ємною частиною

1.10. Укладаючи Договір, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) підтверджує, що:

1.10.1. вся інформація, надана йому під час укладення Договору, є повною і достовірною;

1.10.2 з Правилами та зі всіма умовами страхування ознайомлений і згідний, примірник Договору отримав;

1.10.3. до моменту укладення Договору він ознайомлений зі зразками підписів уповноважених осіб і печатки Страховика;

1.10.4. приєднується до "Публічної пропозиції Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія "Перша" щодо порядку укладення договорів страхування", що є невід'ємною частиною Договору, розміщеної на веб-сайті Страховика [www.persha.ua](http://www.persha.ua), та погоджується дотримуватися умов, викладених в ній.

## 2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Договір укладається на підставі усної заяви Страхувальника з урахуванням умов п.1.4 Частини 2 Договору.

2.2. Якщо Договір укладається стосовно більш ніж чотирьох осіб, то до нього додається Список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною Договору.

2.3. Страховий платіж сплачується в грошовій одиниці України за весь строк дії Договору одноразово.

2.4. Договір не укладається стосовно осіб віком до 1 року та старших 60 років. Страхування таких осіб можливе шляхом встановлення додаткових умов страхування та збільшення суми страхового платежу.

2.5. Сторони Договору домовилися та погодили, що за Договором Страхувальниками (Застрахованими особами) не можуть бути зазначені нижче особи, Договір, укладений відносно таких осіб, вважається таким, що укладений

16) **Emergency medical care** – medical assistance, which consists in the implementation of urgent medical assistance systems by urgent organizational, diagnostic and therapeutic measures aimed at the salvage and preservation of human life in an urgent condition of a person – a threat to his life and health.

17) **Accident** – sudden, occasional, short-term, independent of the will of the Insured person, accidental event that actually occurred and as a result of which there was a health disorder of the Insured person, accompanied by damage to the tissues of the human body with a violation of their integrity and functions, deformation and violation musculoskeletal system or its death.

18) **Primary disability** – is establishing the initial disability group category I, II or III or category "child with disabilities" or "child with disability of subgroup A" for a person by an examination of medical and social expert commission (hereinafter – MSEC) or of medical advisory commission (hereinafter – LCC). The primary disability is not considered to be the initial by changing a disability group to a higher one or if a person has previously been recognized as a person with a disability, but after a re-examination the group (category) of disability was withdrawn, and subsequently the group (category) of disability was re-appointed.

19) **Repatriation of a body** – transportation of the body of the Insured person in case of her death in the country of the former habitual residence.

20) **Insurance protection** – the obligation of the Insurer to make an insurance payment under the terms of the Contract in the case of an insured event.

1.8 The Policy (Part 1 of the Contract) is made in two authentic copies, which have the same legal validity and are retained by each of the Parties. The Offer (Part 2 of the Contract) is in Ukrainian and English. Both variants have the same legal force, in case of misunderstanding, the Ukrainian text of the Contract is legally binding. In the event of discrepancies between the text of the Contract and the text of the Rules, the text of the Contract shall have priority.

1.9 All annexes to this Contract, if any, are an integral part thereof.

1.10 When concluding this Contract, the Insurant (Insured Person, Beneficiary) confirms that:

1.10.1 all information provided to him at the time of conclusion of the Contract is complete and accurate;

1.10.2 with the Rules and with all conditions of insurance is acquainted and agrees, a copy of the Contract received;

1.10.3 before becoming a Contract, he is acquainted with samples of signatures of authorized persons and inscriptions of the Insurer;

1.10.4 joins the "Public offer of Private Joint Stock Company" Insurance Company "Persha" regarding the procedure for the conclusion of insurance contracts", which is an integral part of the Contract, placed on the website of the Insurer [www.persha.ua](http://www.persha.ua), and agrees to comply with the conditions set forth in her.

## 2. CONTRACT PROCEDURE

2.1 The Contract is concluded on the basis of the oral statement of the Insured, taking into account the conditions of item 1.4 of Part 2 of the Contract.

2.2 If the Contract is concluded for more than four persons, the List of Insured Persons, which is an integral part of the Contract (Part 1 of the Contract), is attached to it.

2.3 The insurance premium shall be paid in the currency unit of Ukraine immediately for the entire term of the Contract.

2.4 The Contract does not apply to persons under the age of 1 and over 60. Insurance of such persons is possible through the establishment of additional insurance conditions and an increase in the amount of insurance premium.

2.5 The Parties to the Contract have agreed and agreed that the following persons can not be specified by the Insurants (Insured Persons) under the Contract, the Contract concluded with respect to such persons is considered to be erroneously

помилково, і припиняється та втрачає чинність за згодою сторін Договору з моменту його укладення, будь-які випадки за ним не є страховими, і в разі виявлення факту помилкового укладення Договору сплачений за ним страховий платіж повертається Страхувальнику в повному обсязі за його письмовим зверненням:

- 2.5.1. визначені у встановленому порядку недієздатними;
- 2.5.2. особи з інвалідністю I групи та непрацюючі особи з інвалідністю II і III групи;
- 2.5.3. які страждають на будь-яке із наступних захворювань та/чи станів:
- СНІД; алкоголізм, наркоманія, токсикоманія;
  - смерть мозку; пухлина головного та/чи спинного мозку та/чи хребта;
  - ураження нервової системи внаслідок новоутворень та/чи травм або порушень будь-якого генезу;
  - травми хребта та/чи спинного мозку;
  - гостре порушення свідомості/поведінки, будь-які психічні захворювання та/чи розлади, енцефаліт;
  - хронічні форми будь-яких серцево-судинних захворювань, які супроводжуються хронічною серцево-судинною недостатністю (незалежно від функціонального класу) та/чи наявністю в анамнезі гострого порушення мозкового кровообігу (інсульту) та/чи будь-яких приступів (гіпер-, гіпо-тензії; серцевих нападів, аритмії, задухи, втрати свідомості тощо);
  - інсулін-залежна форма цукрового діабету незалежно від стадії захворювання;
  - будь-яке хронічне захворювання в стадії декомпенсації та/чи яке вимагає постійного прийому медичних препаратів та/чи регулярного стаціонарного лікування (не рідше одного разу на рік).

### **3. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ**

3.1. Договір може бути укладений лише до початку подорожі і починає діяти з дати, визначеної у Частині 1 Договору як дата початку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дня, наступного за днем внесення (зарахування) на поточний рахунок Страховика страхового платежу, передбаченого умовами Договору. При цьому дія страхового захисту (кількість днів, протягом яких Договір діє в місці його дії):

3.1.1. починається з моменту проходження Застрахованою особою паспортного контролю України при виїзді за кордон, але не раніше 00 годин 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного у Частині 1 Договору як початок дії Договору, за умови попередньої сплати страхового платежу у строки, визначені Договором,

3.1.2. закінчується в момент проходження Застрахованою особою паспортного контролю України при поверненні з-за кордону або о 24 годині 00 хвилин за Київським часом дня, вказаного у Частині 1 Договору як закінчення дії Договору (за датою, що настала раніше).

3.2. Якщо у Частині 1 Договору передбачено багаторазові подорожі (Multiple), то Страхувальник несе відповідальність у межах тієї кількості днів, яка зазначена в Частині 1 Договору. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території (в місці) дії Договору.

3.3. Договір закінчує діяти о 24:00 годин дати, визначеної у Частині 1 Договору як дата закінчення дії Договору або, у разі якщо у Частині 1 Договору передбачено багаторазові подорожі (Multiple), – о 24:00 годин дати, визначеної у Частині 1 Договору як дата закінчення дії Договору, чи після закінчення кількості днів страхового захисту (за датою, що настала раніше).

3.4. Місце дії (територія дії Договору) в частині страхування медичних витрат, а також додаткового страхування від нещасного випадку (якщо Договір включає такий додатковий захист) зазначається в Частині 1 Договору як окрема країна або одна із географічних зон:

3.4.1. «Е»: країни Європи, СНД, Балтії, а також: Єгипет,

concluded and shall be terminated and terminated with the consent of the parties to the Contract from the moment of its conclusion; -any events for him are not insured, and in case of revealing the fact of the erroneous conclusion of the Contract, the insured premium paid for him is returned to the Insured in full upon his written request:

2.5.1 which are defined incapable in the established order;

2.5.2 persons with disability group I and non-working persons with disabilities of II and III groups;

2.5.3 which are suffering from any of the following diseases and / or conditions:

- AIDS; alcoholism, drug addiction, substance abuse;
- brain death; tumor of the head and / or spinal cord and / or spine;
- damage to the nervous system due to neoplasm and / or injuries or disorders of any genesis;
- spinal cord injury and / or spinal cord injury;
- acute violation of consciousness / behavior, any mental illness and / or disorders, encephalitis;
- Chronic forms of any cardiovascular disease that is accompanied by chronic cardiovascular insufficiency (regardless of the functional class) and / or the presence of a history of acute cerebro-vascular accident (stroke) and / or any attacks (hyper, hypoxia, tension, heart attacks, arrhythmias, strangulation, loss of consciousness, etc.);
- insulin-dependent form of diabetes, regardless of the stage of the disease;
- any chronic disease in a stage of decompensation and / or requiring constant intake of medical products and / or regular in-patient treatment (at least once a year).

### **3. TERM AND TERRITORY OF CONTRACT**

3.1 The Contract may be concluded only before the journey and begins from the date specified in Part 1 of the Contract as the date of commencement of the Contract, but not earlier than at 00:00 hours of the day following the day of the payment total amount of the insurance premium provided for the terms of the Contract. In this case the insurance covering (the number of days during which the Contract operates at the territory of this Contract – its place):

3.1.1 begins when the Insured person passes the passport control of Ukraine upon departure abroad, but not earlier than 00 hours 00 minutes at the Kyiv time of the day specified in Part 1 of the Contract as the beginning of the Contract, subject to the advance payment of the insurance premium within the terms specified by the Contract,

3.1.2 ends at the moment when the Insured Person passes the passport control of Ukraine upon returning from abroad or at 24 hours 00 minutes at the Kyiv time of the day specified in Part 1 of the Contract as the expiration of the Contract (according to the earlier date).

3.2 If Part 1 of the Contract provides multiple trips (Multiple), the Insurer shall be liable within the limits of the number of days specified in Part 1 of the Contract. For each trip abroad, the period of validity of insurance protection automatically decreases on the number of days spent by the Insured person in the territory (in place) of the Contract.

3.3 The contract expires at 24:00 hours of the date specified in Part 1 of the Contract as the expiration date of the Contract or, if Part 1 of the Contract provides multiple trips (Multiple), - at 24:00 of the date specified in Part 1 of the Contract as the date of expiration of the Contract or after the expiration of the number of days of insurance protection (according to the date that was earlier).

3.4 The place of this Contract (its territory) for the insurance of medical expenses, as well as additional accident insurance (if the Contract includes such additional protection) is indicated in Part 1 of Contract as a separate country or one of the geographical areas:

3.4.1 "E": European, CIS and Baltic countries, as well as:

Туніс, Кіпр, Туреччина, ОАЕ, Таїланд;

3.4.2. «W»: всі країни світу.

3.5. Договір діє на території, яка зазначена в Частині 1 Договору, окрім території України, країни постійного проживання, країни громадянської належності (громадянства) Застрахованої особи, зон збройних та інших конфліктів та територій, які знаходяться під санкцією ООН.

#### **4. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

4.1. Будь-які зміни умов Договору здійснюються лише за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання Додаткового договору до Договору за умови письмового повідомлення Сторони-ініціатора про зміни за 30 (тридцять) календарних днів, Якщо будь-яка зі Сторін незгодна на внесення змін до Договору, Сторонами вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

4.2.1. Закінчення строку дії Договору;

4.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань за Договором перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

4.2.3. Несплати Страхувальником страхового платежу до 24-00 годин дати укладання Договору, визначеної у Частині 1 Договору. При несплаті страхового платежу Договір автоматично вважається таким, що не набув чинності;

4.2.4. 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”;

4.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

4.2.7. Якщо Застрахована особа виявилась особою, зазначеною у п.2.5 Частини 2 Договору;

4.2.8. У разі закінчення кількості днів страхового захисту у випадку, якщо Частиною 1 Договору передбачено багаторазові подорожі (Multiple).

4.2.9. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

4.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страховика або Страхувальника.

4.4. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, відповідно до п.4.8 Частини 2 Договору, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

4.5. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страховик повертає повністю сплачені Страхувальником страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, відповідно до п.4.8 Частини 2 Договору, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за Договором.

4.6. Договір, укладений на строк однієї подорожі, може бути достроково припинений не пізніше як за 1 (одну) добу до дати початку його дії, зазначеної у Частині 1 Договору. При цьому якщо припинення дії Договору проводиться на вимогу Страхувальника, обумовлену відміною поїздки або

Egypt, Tunisia, Cyprus, Turkey, OAU, Thailand;

3.4.2 "W": all countries of the world.

3.5 This Contract shall be valid on the territory specified in Part 1 of Contract, except for the territory of Ukraine, the country of permanent residence, the country of citizenship of the Insured Person, zones of armed and other conflicts, and those territories that are under the UN sanction.

#### **4. PROCEDURE FOR CHANGES AND TERMINATION OF THE CONTRACT**

4.1 Any modification of the terms of the Contract shall be made only with the mutual consent of the Insurant and the Insurer by concluding an Additional Agreement to the Contract, provided the written notice of the initiating Party at least till 30 (thirty) calendar days. If either of the Parties is not in agreement with the amendments to the Contract, the question of the validity of the Contract on the previous conditions or the termination of its operation is resolved.

4.2 The validity of this Contract shall be terminated with the consent of the Parties, as well as in case of:

4.2.1 Termination of this Contract;

4.2.2 The Insurer fulfills the obligations under this Contract to the Insurant (Insured person) in full;

4.2.3 Non-payment by the Insurant of the insurance premium in the terms established by this Contract. If the insurance payment is not paid, the Contract is automatically considered to be ineffective;

4.2.4 Elimination of the Insurant - a legal entity or the death of the Insurant - an individual or a loss of capacity, except in cases provided for in Articles 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine "On Insurance";

4.2.5 Liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;

4.2.6 Adoption of a court decision on the recognition of this Contract null and void;

4.2.7 If the Insured Person is such that as a person specified in clause 2.5. Part 2 of this Contract;

4.2.8 In case of expiration the number of days of insurance protection if in the Part 1 of the Contract provides multiple trips (Multiple).

4.2.9 In other cases stipulated by the legislation of Ukraine.

4.3 The validity of the Insurance Contract may be terminated prematurely upon request of the Insurer or the Insured.

4.4 In the event of early termination of the Insurance Contract on the demand of the Insurant, the Insurer shall return to the Insurant the insurance premiums for the period remaining before the expiration of the Insurance Contract, less the standard expenses for conducting the case, determined in calculating the insurance tariff in accordance with Clause 4.8 of Part 2 of the Contract, and the actual amounts of insurance payments made for this Contract. If the Insurant's claim is related to the insurer's violation of the terms of the Insurance Contract, the Insurer shall return to the Insured the insurance premiums paid to him completely.

4.5 In the event of early termination of the Contract, at the request of the Insurer, the Insurer shall return insurance premiums paid by the Insurant fully. If the Insurer's claim is due to the failure of the Insurant to comply with the terms of the Contract, then the Insurer shall return to the Insurant insurance premiums for the period remaining until the expiration of the Contract, less regulatory expenses for business, determined at calculation of the insurance tariff, in accordance with Clause 4.8 of Part 2 of the Contract, and actual amounts of insurance payments made under the Contract.

4.6 A contract entered into for a period of one trip may be terminated prematurely not later than 1 (one) day before the date of commencement of its action specified in Part 1 of the Contract. Moreover, if the termination of the Contract is carried out at the request of the Insurant due to the cancellation of the

зміненням її строків, Страховик має право при поверненні Страхувальникові страхового платежу утримати нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу, відповідно до п.4.8 Частини 2 Договору.

4.7. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору, Страхувальник (Застрахована особа) повинен повернути належний йому примірник Договору та додатки до нього Страховикові.

4.8. За Договором нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу, становлять 40% страхового платежу.

## **5. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

5.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та з урахуванням умов програми «VECTOR» страхову виплату може здійснювати:

5.1.1. Асистуючій компанії (медичному чи іншому закладу) на підставі та на умовах відповідного договору доручення (договору про надання послуг та/чи рахунку, калькуляції та медичного рапорту) та інших документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами Договору та/або

5.1.2. Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу) за умови попереднього погодження з Асистуючою компанією отриманих Застрахованою особою та сплачених нею (Страхувальником, Вигодонабувачем) послуг в межах, визначених Договором.

5.2. При здійсненні страхової виплати Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу), яка самостійно оплатила отримані та попередньо узгоджені із Асистуючою компанією (Страховиком) послуги на умовах Договору, виплата здійснюється у національній валюті України по курсу НБУ на дату настання страхового випадку у безготівковій формі або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням Страховика.

5.3. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у Договорі, та наданих в порядку, передбаченому умовами Договору по кожному конкретному виду страхування, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами Договору по кожному конкретному виду страхування.

5.4. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту або, в разі виплати згідно з п.5.1.1 Частини 2 Договору, в інший строк, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг).

5.5. Повідомлення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

5.6. Страховик має право відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках:

5.6.1. Ненадання Страховикові документів, визначених умовами Договору. В цьому разі прийняття рішення відкладається на строк, необхідний для повного з'ясування причин, обставин та наслідків страхового випадку та отримання відповідних підтверджуючих належним чином оформлених документів;

5.6.2. Наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) на одержання страхової виплати, в тому

trip or the change in its terms, the Insurer has the right, upon returning the Insurant of the insurance premium, to keep the standard costs of conducting the case, determined in calculating the insurance tariff, in accordance with Clause 4.8 of Part 2 of the Contract.

4.7 In all cases of early termination of the Insurance Contract, the Insurant (Insured Person) shall return the copy of the Contract to the Insurer proper to him and the attachment thereto to the Insurer.

4.8 Under this Contract, the standard expenses for conducting a case, determined during the calculation of the insurance tariff, constitute 40% of the insurance premium.

## **5. PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE PAYMENTS**

5.1 Upon occurrence of an insured event, the Insurer, within the limits of the Sum insured and taking into account the conditions of the Insurance Program "VECTOR", may pay the insurance indemnity / payment of the insurance indemnity:

5.1.1 To Assistance company (a medical institution or other institution) on the basis and under the terms of the relevant contract of assignment (agreement on the provision of services and / or accounts, calculations and medical report) and other documents confirming the fact of the occurrence of an insured event and providing the insured person with the services according to the terms of this Contract and / or

5.1.2 To the Insured person (the Insurant, the Beneficiary), subject to prior coordination with the Assistance Company, the services received by the Insured person and paid for them by her (paid by the Insurant, the Beneficiary) within the limits specified by this Contract.

5.2 In the performance of the insurance payment to the Insured Person (the Insured, the Beneficiary) who independently paid the services received and agreed with the Assistance Company (Insurer) on the terms of this Contract, payment shall be made in the national currency of Ukraine at the rate of the NBU as of the date of the insured event in the non-cash form, or other way, not prohibited by current legislation of Ukraine, with the consent of the Insurer.

5.3 The decision on insurance payment or refusal of payment shall be made by the Insurer within 10 (ten) working days from the date of receipt by the Insurer of all necessary documents specified in this Contract confirming or refuting the fact and circumstances of the occurrence of the insured event and the amount of losses provided in accordance with the procedure provided for the terms of this Contract for each specific type of insurance.

5.4 The decision on the insurance payment is made by the insurance act. The insurance payment is made by the Insurer within 10 (ten) business days from the date of signing the insurance act or, in case of payment in accordance with clause 5.1.1. Part 2 of the Contract, in another term, provided by the relevant contract of assignment (contract on the provision of services).

5.5 The notice of refusal shall be sent by the Insurer in writing to the Insurant (Insured person, Beneficiary), with the justification of the reasons for the refusal within 10 (ten) working days from the moment of making such decision.

5.6 The Insurer has the right to postpone the decision on the insurance payment in cases:

5.6.1 Failure to filing to the Insurer documents specified in the terms of this Contract. In this case, the decision is postponed for the period necessary for the full explanation of the reasons, circumstances and consequences of the insured event and the receipt of the corresponding supporting duly executed documents;

5.6.2 There are justified doubts about the legality of claims of the Insurant (the Insured, the Beneficiary) for the receipt of insurance payments, including as a result of the insurer's

числi внаслідок виникнення у Страховика сумнівiв стосовно достовiрностi наданих Застрахованою особою (Страховальником, Вигодонабувачем) вiдомостей та/чи документiв або якщо на пiдставi наданих документiв неможливо встановити факт, обставини, причини страхового випадку та (або) розмiр завданих збиткiв (здiйснених витрат). У цьому випадку вiдстрочення вiдбувається до одержання необхідних доказiв та документiв. Граничний строк вiдстрочення здiйснення страхової виплати – шiсть мiсяцiв з дати надання Страховальником (Застрахованою особою) Страховику всiх визначених умовами Договору документiв, необхідних для пiдтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розмiру збиткiв та інших документiв, необхідних для здiйснення страхової виплати;

5.6.3. Якщо органами внутрiшнiх справ чи iншими компетентними органами будь-якої держави вiдкрито кримiнальне чи iнше провадження i ведеться розслiдування обставин, що призвели до страхового випадку, то в цьому випадку вiдстрочення вiдбувається до закiнчення розслiдування та ухвалення вiдповiдного рiшення у цiй справi. Питання про здiйснення страхової виплати вирiшується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днiв пiсля закiнчення зазначеного розслiдування (його зупинення, складання обвинувального висновку, закриття кримiнального провадження, тощо) та отримання Страховиком вiдповiдного документу.

5.7. Для отримання страхової виплати згiдно з п.п.5.1.2. Договору Страховальник (Застрахована особа /Вигодонабувач) повинен надати Страховику наступнi документи, що є загальними для будь-якого страхового випадку:

- письмову заяву за формою, встановленою Страховиком;
- Договiр або його копiю;
- копiю всiх сторiнок паспорту громадянина України для виїзду за кордон Застрахованої особи;
- копiю паспорту громадянина України Застрахованої особи/Вигодонабувача;
- копiю довідки про присвоєння РНОКПП (iдентифiкацiйного номеру) Застрахованої особи/Вигодонабувача;
- оригiнал або нотарiально засвiдчену копiю документу, що пiдтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в разi неповнолiття Застрахованої особи або її смертi).

За окремими видами страхових випадкiв подаються також iншi документи, визначенi у вiдповiдних пунктах Частини 2 Договору.

5.8. Всi документи, що надаються Страховику, мають бути розбiрливо написанi або надрукованi на бланках та мати пiдписи посадових осiб з вiдповiдними печатками, а також назву, адресу/мiсцезнаходження та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, iнвойси) та фiнансовi документи, що пiдтверджують факт оплати (чеки, квитанцiї, ордери, тощо) надаються в оригiнальних примiрниках. Документи, складенi мовою iншою нiж англiйська чи польська, мають надаватись з нотарiально завіреним перекладом на українську мову, здiйсненим за рахунок Страховальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача.

5.9. Всi документи, iнформацiя та докази надаються Страховику безкоштовно.

5.10. Якщо Договором передбачена франшиза, то страховi виплати здiйснюються з вирахуванням величини франшизи.

## **6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

6.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

6.1.1. Навмисні дії Страховальника (Застрахованої особи),

doubts as to the reliability of the information and / or documents provided by the Insured person (the Insurant, the Beneficiary), or if, on the basis of the submitted documents it is impossible to establish the fact, circumstances, causes of the insured event and (or) the amount of losses incurred (costs incurred). In this case, the delay is before obtaining the necessary evidence and documents. The deadline for postponing the insurance payment is six months from the date the Insurant (Insured Person) provides the Insurer with all the documents specified in the terms of this Contract necessary documents to confirm the fact, reasons and circumstances of the insured event, the amount of damage and other documents necessary for the insurance payment;

5.6.3 If the law enforcement bodies or other competent authorities of any state open criminal or other proceedings and investigate the circumstances that led to the insured event, then in this case the delay will be before the investigation and approval of the relevant decision in the case. The issue of the implementation of the insurance payment shall be resolved within 15 (fifteen) working days after the completion of the said investigation (its suspension, drawing up the indictment, closing the criminal proceedings, etc.) and obtaining the relevant document by the Insurer.

5.7 In order to receive insurance indemnity in accordance to item 5.1.2. of this Contract, the Insurant (Insured Person / Beneficiary) shall provide to the Insurer the following documents which are general for any insured event:

- a written application in the form established by the Insurer;
- Contract of insurance or its copy;
- a copy of all pages of the passport of a citizen of Ukraine for the travel abroad of the Insured person;
- a copy of the passport of the citizen of Ukraine of the Insured Person / Beneficiary;
- a copy of the certificate of assignment of the identification number of the Insured Person / Beneficiary;
- an original or a notarized copy of the document confirming the right of the Beneficiary to receive an insurance payment (in the case of an insured person's death or infancy).

Other types of insured events are also filed with other documents specified in the relevant sections of this Part 2 of Contract.

5.8 All documents submitted to the Insurer must be clearly legible written or printed on the forms and have the signatures of the officials with the corresponding seals, as well as the name, address and contact number of the institution (person) that issued them. Accounts (invoices, invoices) and financial documents confirming the fact of payment (checks, receipts, warrants, etc.) are provided in original copies. Documents drawn up in a language other than English or Polish must be provided with a notarized translation into the Ukrainian language, made at the expense of the Insured / Insured Person / Beneficiary.

5.9 All documents, information and evidence are provided to the Insurer free of charge.

5.10 If the Contract provides for a deductible, then the insurance payments are made less the amount of the deductible.

## **6. CAUSES OF DISCLAIMER IN INSURANCE PAYMENT. EXCLUSION FROM INSURED EVENTS**

6.1 The reason for the refusal of the Insurer in the implementation of the insurance payment is:

6.1.1 Intended actions of the Insurant (Insured Person) aimed

спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними 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 дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

6.1.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

6.1.3. Подання Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої має бути здійснена страхова виплата, неправдивих відомостей про предмет договору страхування та/або про факт та/чи обставини настання страхового випадку та/чи суму витрат.

6.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку (чи події з ознаками страхового випадку) без поважних на це причин або створення Страховику (в т.ч. Асистуючій компанії) перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру збитків.

6.1.5. Невчасне, згідно з умовами Договору, надання документів Страховику для отримання страхової виплати.

6.1.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором.

6.1.7. Невиконання вказівок Страховика чи Асистуючої компанії в процесі врегулювання страхової події.

6.1.8. Ненадання Страховику, надання не в повному обсязі або неналежним чином оформлених документів та відомостей, необхідних для прийняття рішення щодо страхової виплати.

6.1.9. Надання Страховику документів з неправильно чи неправдивою інформацією стосовно факту, причин та обставин випадку з ознаками страхового, зокрема, стану здоров'я та отриманих медичних та/чи інших додаткових послуг.

6.1.10. Реабілітаційне лікування та/або продовження лікування на території, що не визначена як місце дії Договору.

6.1.11. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.

6.1.12. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні.

6.1.13. Інші випадки, передбачені Договором та чинним законодавством України.

6.2. Страхові виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов Договору не визнаються страховими та/чи належать до виключень і обмежень страхування.

### 6.3. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:

6.3.1. Громадських заворушень, страйків, надзвичайного стану, бойових, військових (оголошена війна чи неоголошена) дій будь-якого роду і їх наслідків, масових безпорядків, повстань та будь-яких інших акцій громадської непокори, терористичних актів, подій непереборної сили, дії ядерного інциденту та/чи іонізуючого випромінювання та/чи радіоактивного забруднення, а також порушення норм екологічної безпеки, незалежно від характеру участі Застрахованої особи у таких подіях;

6.3.2. Постійної, регулярної, тривалої дії чи раптового викиду, розливу, переміщення газів та газоподібних речовин, парів, променів, рідин, вологи, кислот, хімічних сполук або будь-яких, в тому числі неатмосферних, опадів (сажа, кіптява, дим, пил та ін.) та інших забруднюючих речовин;

6.3.3. Навмисних дій/бездіяльності або необережності

at the occurrence of an insured event. The above norm does not apply to actions related to their civil or service duties, in the state of necessary defense (without exceeding its limits) or to protect property, life, health, honor, dignity and business reputation. The qualification of the actions of the Insurant or the Insured person is established in accordance with the current legislation of Ukraine.

6.1.2 The commission of the Insurant or the Insured person by a deliberate crime that led to an insured event.

6.1.3 Submission by the Insurant, the Insured person or the person in whose favor the insurance payment is to be made, false information about the subject of the insurance contract and / or the fact and / or circumstances of the occurrence of the insured event and / or the amount of expenses.

6.1.4 Failure to notify the Insurant (Insured Person) about the occurrence of an insured events (or events with signs of an insurance event) without a valid reason or making the obstacles for the Insurer (including the Assistance Company) in determining the circumstances, nature of the insured event and the amount of damages.

6.1.5 Inappropriate, in accordance with the terms of the Contract, submission of documents to the Insurer for the receipt of insurance indemnity.

6.1.6 Failure of the Insurant (Insured Person) to fulfill his obligations under the Contract.

6.1.7 Failure to comply with the instructions of the Insurer or the Assistance Company in the process of settling the insurance event.

6.1.8 Failure to give the Insurer, or presented the Insurer of not fully or inappropriately completed documents and information which necessary for the decision on insurance payments.

6.1.9 Providing the Insurer documents with incorrect or false information concerning the fact, causes and circumstances of the case with the characteristics of the insurance, in particular, the state of health and received medical and / or other additional services.

6.1.10 Period of rehabilitation treatment and / or continuation of treatment in a territory that is not defined as the place of the Contract.

6.1.11 Refusal of the Insured person from the medical examination required by the Insurer.

6.1.12 Obtaining of the Insurant (Insured Person) the full indemnification from the person guilty of their infliction.

6.1.13 Other cases stipulated by the Contract and current legislation of Ukraine.

6.2 Insurance payments shall not be made in events which, in accordance with the terms and conditions of the Contract, are not considered as insurance case and / or are excluded from the insurance exceptions and restrictions.

### 6.3 Insured events that occur as a result of (from point 6.3.1 to point 6.3.25)... are not considered as insurance case:

6.3.1 Actions of any kind and their consequences, mass disorders, insurrections and any other actions of public disobedience, acts of terrorism, force majeure, and other actions of public disorder, strikes, state of emergency, combat, military (declared war or unannounced) the actions of a nuclear incident and / or ionizing radiation and / or radioactive contamination, as well as violations of environmental safety standards, regardless of the nature of the participation of the Insured in such events;

6.3.2 Continuous, regular, prolonged or sudden release, spill, transfer of gases and gaseous substances, vapors, rays, liquids, moisture, acids, chemical compounds or any other, including non-atmospheric, precipitation (soot, soot, smoke), dust, etc.) and other pollutants;

6.3.3 Intentional actions / inaccuracies or negligence of the



Застрахованої особи та/або зацікавлених третіх осіб, що призвело до настання страхового випадку, а також здійснення або спроби здійснення Застрахованою особою злочинних дій або порушення нею законів, встановлених норм, медичних призначень, санітарних і проти-епідеміологічних рекомендацій тощо. Під необережністю розуміється, що особа:

– передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховувала на те, що вони не настануть (злочинна самовпевненість);

– не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість (злочинна недбалість).

Факт необережності встановлюється на підставі рішення/виroku суду або за згодою Сторін Договору;

6.3.4. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: <http://mfa.gov.ua/>, та Страховика щодо поїздки до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до Договору;

6.3.5. Поїздки Страхувальника/Застрахованої особи до країни чи місцевості, визначеної Страховиком як зона бойових дій (war zone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до Договору;

6.3.6. Вчинення самогубства або спроби самогубства Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути доведено документально відповідними компетентними органами або судом;

6.3.7. Скоєння будь-якого правопорушення та/чи спроба здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;

6.3.8. Нараження Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) на невинуватий ризик, свідомо небезпеку (за винятком рятування життя) – свідомого перебування в місцях, заздалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини, та/чи участь у проведенні будь-яких небезпечних робіт та/чи небезпечних видах відпочинку/розваг;

6.3.9. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

6.3.10. Вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря або якщо під час настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря;

6.3.11. Самолікування та/чи лікування особою, яка не має відповідної ліцензії на здійснення лікувальної діяльності;

6.3.12. Дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, окрім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах;

6.3.13. Епідемії, карантину;

6.3.14. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи та/чи будь-якої роботи по найму, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники, тощо), якщо даний ризик не є таким, що окремо передбачений та визначений у Частині 1 Договору і за яким сплачений відповідний додатковий страховий платіж;

6.3.15. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку, якщо такі ризики

Insured person and / or interested third parties leading to the occurrence of an insured event, as well as the commission or attempted accomplishment by the Insured of a criminal offense or violation of laws, established norms, medical appointments, sanitary and anti-epidemiological recommendations, etc. By carelessness it is understood that the person:

- envisaged the possibility of dangerous consequences of their actions (or inaction), but lightly relied on the fact that they did not come (criminal self-confidence);

- did not envisage the possibility of dangerous consequences of their actions (or inaction), although it should have had such an opportunity (criminal negligence).

The fact of negligence is established on the basis of a judgment / court verdict or with the consent of the parties to the Contract;

6.3.4 Failure by the Insured Person (the Insurant, Beneficiary) of the official recommendations of the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine, tel. : +380442381657, site: <http://mfa.gov.ua/>, and the Insurer for travel to zones of military operations, terrorist attacks, natural disasters, epidemics or pandemics, except when such trips are provided for by the insurance conditions, which is written in writing with a separate annex to the Contract;

6.3.5 Trips of the Insurant / Insured person to the country or area determined by the Insurer as a war zone, unless such trips are provided for in the insurance terms, which is written in a separate annex to the Contract;

6.3.6 Suicide or attempted suicide by the Insured Person (the Insurant, the Beneficiary), except for cases when the Insured Person has been brought to such a state by unlawful actions of a third party, which must be proved by the relevant competent authorities;

6.3.7 The commission of any offense and / or attempt to commit illegal actions by the Insured Person (the Insured, the Beneficiary) who are in a causal relationship with the insured event;

6.3.8 Appearance of the Insured Person (the Insurant, Beneficiary) for unreasonable risk, conscious danger (except for life saving) – conscious stay in places known in advance as life and human health threatening and / or participation in conducting any dangerous work and / or dangerous recreational activities;

6.3.9 Violation by the Insured person of safety rules, rules of fire safety, traffic rules;

6.3.10 Use of alcohol, narcotic or toxic substances, medicines without the appointment of a physician, or if at the time of the occurrence of an event with signs of insured the Insured person was under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances, and medications without the appointment of a doctor;

6.3.11 Self-treatment and / or treatment by a person who does not have a corresponding license for medical treatment;

6.3.12 Effects of sunlight that led to sunburn or heat stroke, except the emergence of an acute danger to the life of the Insured person, resulting from the treatment of this person in steady-state conditions;

6.3.13 Epidemics, quarantine;

6.3.14 Execution by the Insured person of any type of physical work and / or any employment, work in hazardous areas (drivers, miners, builders, electrical contractors, etc.), unless this risk is individually foreseen and determined in Part 1 of the Contract and on which the corresponding additional insurance premium has been paid;

6.3.15 Professional or amateur sports or any type of recreational activity, unless such risks were specifically

не були окремо передбачені та визначені у Частині 1 Договору та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі;

6.3.16. Дорожньо-транспортної пригоди або поломки транспортного засобу під час подорожі за кордон, що стали наслідком алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, яке визнається таким за законами, що діють в країні перебування, або за законами, що діють в країні постійного проживання Застрахованої особи;

6.3.17. Польоту Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування таким апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажира на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом;

6.3.18. Аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не мала посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;

6.3.19. Спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;

6.3.20. Участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника (вершника) на тваринах;

6.3.21. Виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника, дресирувальника тварин;

6.3.22. Участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природно-кліматичними умовами або в географічно віддалені регіони;

6.3.23. Полювання;

6.3.24. Керування мотоциклом з об'ємом циліндра більше 125 см.куб., квадрациклами, картами, сігвеєм та іншими екстремальними/небезпечними (на розсуд Страховика) транспортними засобами;

6.3.25. Інших причин, визначених у Частині 2 Договору, що визначають конкретні умови страхування за певними видами.

**6.4. Дія страхового захисту не поширюється і страховими не визнаються випадки/події:**

6.4.1. що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України (аналогічного нормативно-правового акту країни перебування), крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними;

6.4.2. що виникли до дати початку або після дати закінчення строку дії страхового покриття за Договором;

6.4.3. що сталися поза межами місця дії Договору (території дії Договору);

6.4.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

6.4.5. За Договором не підлягають відшкодуванню Страховиком шкода (витрати/збитки): моральна шкода, шкода, заподіяна третім особам, навколишньому природному середовищу, упущена вигода, неустойка (штраф, пеня), будь-які інші непрямі збитки.

## **7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

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

7.1.1. На отримання послуг, передбачених Договором та попередньо узгоджених із Асистуючою компанією (Страховиком), та їх самостійну оплату за таким узгодженням з подальшим відшкодуванням понесених витрат в межах, визначених умовами Договору;

provided for and specified in Part 1 of the Contract and on which the corresponding supplementary insurance premiums have been paid;

6.3.16 Road accidents or vehicle breakdowns during a trip abroad caused by alcohol, narcotic, toxic intoxication, an Insured Person committed an intentional offense abroad, which is recognized by such laws in force in the host country, or under the laws in force in the country of permanent residence of the Insured person;

6.3.17 Flight of the Insured Person on any aircraft, control of such a device, except for flights in the role of a passenger on a civil aircraft operated by a professional pilot;

6.3.18 Accidents, if the vehicle was managed by the Insured person without a driver's license of the relevant category or being under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances, and if, knowing in advance, she was driving in a vehicle operated by a person who did not have a driver's license of the appropriate category or was under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances;

6.3.19 An attempts by the Insured person to establish speed records or participate in such competitions;

6.3.20 Participation of the Insured person in the car race or other competitions (or preparation for them) on the ground, in water or in the air as a driver, captain, pilot or their assistant, and also a rider on animals;

6.3.21 Performing the duties of pyrotechnics, professional diver, magician, animal trainer;

6.3.22 Participation of the Insured person in such life-threatening activities as parachute jumping (from airplanes and towers), jumping using an elastic cable, hiking in extreme conditions, participating in search or other expeditions in the zone extreme climatic conditions or geographically remote regions;

6.3.23 Hunting;

6.3.24 Driving a motorcycle with a cylinder capacity of more than 125 cm.cub., Quad bikes, maps, slides and other extreme / dangerous (at the discretion of the Insurer) vehicles;

6.3.25 Other reasons specified in Part 2 of the Contract that describe specific terms of insurance for certain types.

**6.4 Insurance protection is not valid and cases do not recognize as insurance case in follow cases / events:**

6.4.1 occurred during the stay of the Insured person in places of temporary detention, arrest, detention, imprisonment, as well as during arrest, detention and other operational investigations specified by the Criminal Procedure Code of Ukraine, except when such detention, arrest, imprisonment found to be illegal;

6.4.2 that arose before the date of commencement or after the expiry date of the insurance coverage under the Contract;

6.4.3 that occurred outside the scope of the Contract (territory of the Contract);

6.4.4 The disappearance of the Insured person is unknown.

6.4.5 Under this Contract shall not be compensated by the Insurer for expenses / losses: moral damage / harm, damage caused to third parties, the environment, lost profits, penalty (fine, penalty), any other indirect losses.

## **7. RIGHTS AND DUTIES**

**7.1 The Insurant (Insured Person) has the right:**

7.1.1 To receive services provided by the Contact and pre-agreed with the Assistance Company (the Insurer), and their self-payment for such agreement, with subsequent reimbursement of incurred expenses within the limits specified by the terms of the Contract;

7.1.2. На отримання страхової виплати на умовах Договору;

7.1.3. Вимагати від Страховика своєчасних страхових виплат у строки, визначені Договором;

7.1.4. Вносити за згодою Страховика зміни до умов Договору, з відповідним перерахунком страхового платежу. Зміни, які мають бути внесені до умов Договору після його укладання, оформляються у вигляді нового Договору;

7.1.5. На отримання дублікату Договору в разі втрати його оригіналу, якщо дія Договору не закінчилась;

7.1.6. На дострокове припинення дії Договору та отримання частини страхових платежів, що повертаються, на умовах Договору.

## **7.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний(а):**

7.2.1. Виконувати умови Договору в період його дії;

7.2.2. Сплатити страховий платіж у день укладання Договору (стосується тільки Страхувальника);

7.2.3. Надавати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та про будь-яку зміну таких обставин;

7.2.4. Інформувати Страховика про інші діючі договори страхування стосовно цього ж предмету Договору;

7.2.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання надзвичайних подій, не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди здоров'ю та (або) майну власному та/чи інших осіб, в тому числі тих, які подорожують (збираються подорожувати) разом з ним), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;

7.2.6. Погоджувати з Асистуючою компанією (Страховиком) всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі раптової хвороби, нещасного випадку та інших непередбачених подій, обумовлених Договором;

7.2.7. Виконувати всі розпорядження та рекомендації Асистуючої компанії (Страховика);

7.2.8. Надавати право вільного доступу лікаря-експерта Асистуючої компанії (Страховика) та її (його) уповноваженого представника до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної із випадком, що має ознаки страхового, а також підписувати письмову згоду на надання медичним(іншим) закладом інформації Асистуючій компанії (Страховику) стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. тієї, що належить до медичної таємниці за нормами законодавства будь-якої країни;

7.2.9. Проходити медичне обстеження за вимогою Страховика;

7.2.10. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору та Правилами;

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

7.2.12. Виконувати прийняті на себе за умовами Договору зобов'язання та інші дії, передбачені умовами Договору в частині індивідуальних (в т.ч. додаткових) умов страхування за видами страхування.

## **7.3. Страховик має право:**

7.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію та виконання ним умов Договору;

7.3.2. Перед укладенням Договору та в процесі його виконання для прийняття рішення про здійснення страхової

7.1.2 To receive insurance payments under the terms of the Contract;

7.1.3 Demand from the Insurer timely payment of insurance payments within the terms specified in the Contract;

7.1.4 To make changes to the terms of the Contract with the consent of the Insurer, with the corresponding recalculation of the insurance premium. Changes to be made to the Contract after its conclusion are made in the form of a new Contract;

7.1.5 To obtain a copy of the Contract in case of loss of its original, if the Contract has not expired;

7.1.6 On early termination of the Contract and receipt of part of insurance premiums returned under the terms of the Contract.

## **7.2 The Insured (Insured Person) must (a):**

7.2.1 To comply with the terms of the Contract during its period of validity;

7.2.2 Timely payment of the insurance premium (applies only to the Insurant);

7.2.3 To provide the Insurer with information about all circumstances known to him which are essential for the assessment of the insurance risk and any change in such circumstances;

7.2.4 inform the Insurer of other current insurance contracts in relation to the same subject matter of the Contract;

7.2.5 Take measures to prevent and reduce losses as a result of the occurrence of emergency events, to prevent actions or omissions in relation to factors having an impact on the degree of insurance risk (including the deliberate absence of a risk of loss or damage to health and / or the property of own and / or other persons, including those traveling (going to travel) with him), and in case of their occurrence, take all necessary measures to eliminate circumstances that increase the degree of insurance risk;

7.2.6 To coordinate with the Assistance Company (Insurer) all actions related to the treatment and receipt of other services in case of sudden illness, accident and other unforeseen events, stipulated by the Contract;

7.2.7 Perform all instructions and recommendations of the Assistance Company (Insurer);

7.2.8 Grant the right of free access to the expert physician of the Assistance Company (Insurer) and its (his) authorized representative for all medical, financial and other documentation related to the case with the characteristics of the insurance, as well as to sign a written consent to the provision of medical (other ) the institution of the Assistance Company (Insurer) regarding the health status of the Insured person, incl. the one that belongs to the medical secret according to the legislation of any country;

7.2.9 To undergo a medical examination at the request of the Insurer;

7.2.10 To acquaint the Insured person with the terms and conditions of the Contract and the Rules;

7.2.11 To return to the Insurer within 30 (thirty) calendar days from the moment of receipt of the written request of the Insurer, made the last insurance payment (or the corresponding part thereof), if during the period of limitation prescribed by the current legislation of Ukraine the circumstances which completely or partially deprive the Insurant (Insured person) the right to receive it;

7.2.12 To perform the obligations and other actions stipulated by the terms of the Contract as part of the individual (including additional) terms of insurance under the types of insurance accepted under the terms of the Contract.

## **7.3 The insurer has the right:**

7.3.1 Verify the information provided by the Insurant (Insured Person) and the fulfillment of Contract terms and conditions;

7.3.2 Before carrying out the Contract and in the course of its implementation, to make a medical examination of the Insured

виплати вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої особи;

7.3.3. Вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації;

7.3.4. Здійснювати фіксацію телефонних переговорів стосовно страхових випадків;

7.3.5. Перевіряти всі надані Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) документи та, при необхідності з'ясування спірних питань щодо визнання чи невизнання випадку страховим, направляти Застраховану особу на медичне обстеження;

7.3.6. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності, направляти запити до компетентних органів/організацій про надання відповідних документів і інформації, в тому числі такої, що становить медичну таємницю;

7.3.7. Відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, якщо органами внутрішніх справ чи іншими компетентними органами будь-якої держави відкрито кримінальне чи інше провадження і ведеться розслідування обставин, що призвели до страхового випадку, до закінчення розслідування, ухвалення відповідного рішення у цій справі та отримання Страховиком відповідного документу;

7.3.8. Затримати здійснення страхової виплати, але не більше ніж на 6 (шість) місяців з дати надання всіх необхідних передбачених Договором належно оформлених документів, для з'ясування обставин події, в разі наявності обґрунтованих сумнівів в достовірності наданої Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформації та/чи документів;

7.3.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язань, передбачених Договором, Правилами та законодавством України, в т.ч. при порушенні строку повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку;

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

7.3.11. Використати квиток Застрахованої особи на зворотний шлях, у разі організації дострокового її повернення в Україну;

7.3.12. Не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи.

#### 7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами 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 Страхувальнику (Застрахованій особі);

7.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначений п.8.2 Частини 2 Договору;

7.4.4. При відмові у страховій виплаті повідомити про це Застраховану особу (Страхувальника, Вигодонабувача) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причини відмови;

7.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

7.4.6. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою Асистуючої компанії Страхувальникові (Застрахованій особі) послуг,

person for the decision on the implementation of the insurance payment;

7.3.3 Request from the Insurant the information necessary to establish the circumstances of the insured event, including information which are commercial secrets, and verify the veracity of the information that was given;

7.3.4 To fix the telephone conversations concerning insured events;

7.3.5 Verify all documents provided by the Insured person (the Insurant, the Beneficiary) and, if necessary, clarify the disputed issues regarding the recognition or non-recognition of the insured event, to send the Insured person for medical examination;

7.3.6 to independently find out the reasons and circumstances of the insured event, and, if necessary, to inquire with the competent authorities / organizations on the provision of relevant documents and information, including that which constitutes medical secret;

7.3.7 To postpone the decision on the implementation of the insurance payment, if the bodies of the internal affairs or other competent authorities of any state open criminal or other proceedings and investigate the circumstances that led to the insured event, before the end of the investigation, the adoption of the relevant decision in this case and obtaining the relevant document by the Insurer;

7.3.8 To delay the implementation of the insurance payment, but not more than for 6 (six) months from the date of the submission of all necessary documents stipulated by this Contract, in order to clarify the circumstances of the event, if there are justified doubts in the reliability the information and / or documents that was given by the Insurant (Insured Person, Beneficiary);

7.3.9 Refuse to pay insurance indemnity in case of non-fulfillment by the Insurant (Insured Person) of the obligations stipulated by the Contract and the Rules and in other cases stipulated by the Contract, the Rules and current legislation of Ukraine, incl. at violation of the notice period on occurrence of the event with signs of an insured event;

7.3.10 To speak on behalf of the Insurant (Insured person) on his behalf in the judicial authorities, or before the claimants;

7.3.11 Use the Insured Person's ticket on the way back, in case of organizing its return to Ukraine by Assistance;

7.3.12 Not to indemnify any indirect losses of the Insured Person.

#### 7.4 The insurer shall:

7.4.1 To acquaint the Insurant with the terms and conditions;

7.4.2 In the course of 2 (two) business days, as soon as it becomes aware of the occurrence of the insured event, take measures to complete all necessary documents for the timely payment of the insurance indemnity to the Insurant (Insured Person);

7.4.3 At the occurrence of an insured event, to make an insurance payment within the period stipulated by the Contract. The insurer is liable for failure to pay the insurance indemnity by paying the Insurant a penalty (fine), the amount of which is determined in Item 8.2 of Part 2 of the Contract;

7.4.4 In case of refusal to pay the insurance indemnity, notify the Insured Person (the Insurant, the Beneficiary) within 15 (fifteen) calendar days from the date of such decision making which indicates the reasons for the refusal;

7.4.5 Do not disclose information about the Insurant and its property status, except in cases established by law;

7.4.6 Upon occurrence of an insured event, provide with the help of the Assistance Company to the Insurant (Insured Person) the services stipulated by the Contract;

передбачених Договором;

7.4.7. Виконувати всі прийняті на себе за умовами Договору зобов'язання.

## **8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

8.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно норм чинного законодавства України.

8.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу) пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла на момент прострочення платежу.

8.3. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) умов Договору позбавляє її (його) права на отримання страхової виплати за Договором.

8.4. Обов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку із Асистуючою компанією (Страховиком) повністю покладатися на Страхувальника/Застраховану особу та особу, яка надала послуги.

8.5. Спори, які виникають між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **9. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

9.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, а саме медичними витратами, здійсненими у разі захворювання (раптової хвороби), нещасного випадку та інших непередбачуваних подій, які належать до страхових випадків згідно з умовами Договору.

9.2. До медичних витрат за Договором належать витрати:

9.2.1. на лікування – витрати, що виникли при наданні Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги, а саме:

a) стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання необхідного для лікування медичного обладнання, послуги медичного персоналу, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно нормативів передбачених в даному медичному закладі);

b) амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації);

c) невідкладної медичної (швидкої) допомоги;

d) невідкладної стоматологічної допомоги;

9.2.2. додаткові витрати на:

9.2.2.1. транспортування:

a) до найближчого медичного закладу чи лікаря;

b) до спеціалізованого медичного закладу;

c) до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Асистуючої компанії (Страховика) щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо таке транспортування є необхідним за медичними показаннями при наявності відповідного медичного висновку;

9.2.2.2. проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу (за рішенням Асистуючої компанії (Страховика) щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) до країни постійного проживання і назад, на утримання і перебування

7.4.7 To perform all obligations assumed under the terms of the Contract.

## **8. RESPONSIBILITY FOR NEGLIGENCE OR INDEPENDENT PERFORMANCE OF CONTRACT TERMS AND PROCEDURE FOR DISMISSING DISPUTES**

8.1 Failure to comply or improper fulfillment of the terms of the Contract Parties shall bear responsibility in accordance with the norms of the current legislation of Ukraine.

8.2 For late payment of insurance payments, the Insurer shall bear the financial liability by paying to the Insured person (the Insurant, the Beneficiary) a penalty of 0.01% of the amount of the appropriate insurance payment for each day of delay, but not more than twice the discount rate of the NBU, which was in force at the time of delay of payment.

8.3 Failure by the Insured Person (the Insurant, the Beneficiary) of the terms of the Contract shall deprive him (him) of the right to receive an insurance payment under the Contract.

8.4 The obligation to prove the occurrence of an insured event and to justify the amount of its expenses or, if necessary, the impossibility of establishing a connection with the Assistance Company (the Insurer) shall be fully relied upon by the Insurant / Insured person and the person providing the services.

8.5 Disputes that arise between the Insurant (Insured Person, the Beneficiary) and the Insurer shall be resolved through negotiations, and in case of failure to reach an agreement, in accordance with the procedure provided for by the current legislation of Ukraine.

## **9. SUBJECT OF CONTRACT IN INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES**

9.1 The subject matter of the Contract is property interests that do not contradict the law and relate to the life, health and disability of the Insured person, namely medical expenses incurred in the event of a disease (sudden illness), an accident and other unforeseen events that treated as insured events in accordance with the terms of the Contract.

9.2 The medical expenses under this Contract include expenses:

9.2.1 for treatment – expenses incurred in providing the Insured person with emergency medical care, namely:

(a) in-patient care in medical institutions (medical treatment, diagnostic and medical procedures, surgical intervention, the use of medical equipment necessary for medical treatment, medical services, cost of stay in chambers, including resuscitation, nutrition during stay in a hospital in accordance with the standards stipulated in this medical institution);

(b) Outpatient care at a medical institution or a certified doctor (consultations, medical services, diagnostic tests, medicines, dressing matters, necessary means of fixation);

(c) Emergency medical care;

(d) Emergency dental care;

9.2.2 additional costs for:

9.2.2.1 transportation:

(a) to the nearest hospital or doctor;

(b) to a specialized medical establishment;

(c) to a specific point of the country of permanent residence (according to the decision of the Assistance Company (Insurer) regarding the destination, route, type, class of transport), if such transportation is necessary for medical indications in the presence of the corresponding medical report (fit to fly);

9.2.2.2 travel of the person accompanying the Insured person (according to the decision of the Assistance Company (Insurer) regarding the destination, route, type, class of transport) to the country of permanent residence and back, for the maintenance

її в готелі у випадку, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком;

9.2.2.3. репатріацію тіла в разі смерті Застрахованої особи до країни місця колишнього постійного проживання, а саме документально підтвержені витрати на оформлення документів, необхідних для репатріації тіла Застрахованої особи, на спеціальну труну (герметично закриту), на транспортування до країни місця колишнього постійного проживання;

9.2.2.4. інші додаткові витрати, якщо такі передбачені Договором, зокрема, витрати на: послуги термінового зв'язку; адміністративну допомогу; юридичну допомогу; технічну допомогу.

## **10. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

10.1. **Страховими ризиками** за Договором є:

10.1.1. **захворювання (раптова хвороба)** – гостре погіршення стану здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою, що становить загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає надання невідкладної медичної допомоги та негайного медичного втручання;

10.1.2. **нещасний випадок** – раптовий, непередбачуваний вплив зовнішніх факторів (фізичної дії, хімічної дії, термічної дії) на Страхувальника (Застраховану особу), що тягне за собою тілесні ушкодження;

10.1.3. **смерть** Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку.

10.2. **Страховим випадком** за Договором є виставлення вимог Спеціалізованою особою на оплату вартості наданих нею Застрахованій особі послуг, пов'язаних із виникненням під час дії Договору події із переліку страхових ризиків, передбачених Договором та з урахуванням інших умов Договору, та/чи самостійною оплатою Застрахованою особою (Страхувальником) вартості наданих їй медичних послуг, пов'язаних із виникненням під час дії Договору події із переліку страхових ризиків, передбачених Договором та з урахуванням інших умов Договору.

## **11. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (СТРАХУВАЛЬНИКА, ВИГОДОНАБУВАЧА) У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1. При настанні події, передбаченої умовами Договору Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи (родич, друг, знайомий, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо) зобов'язана(ий) негайно, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, в будь-який час доби, повідомити Асистуючу компанію та отримати інформацію щодо подальших дій за наступними засобами зв'язку:

11.1.1. **ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: + 380 44 599 54 04**

11.1.2. Додатково: E-mail: ukr@savitar-gr.com;

11.1.3. Додатково: Skype: savitar044;

11.1.4. Номери телефонів в різних країнах світу:

Росія: + 7 495 987 17 75

Білорусь: + 375 25 712 46 39

Австрія: + 43 1 229 71 77

Болгарія: + 359 2 491 73 41

Німеччина: + 49 302 178 25 34

Греція: + 30 231 213 34 00

Ізраїль: + 972 3 912 56 55

Польща: + 48 22 490 6 999

Чехія: + 420 22 625 97 76

Іспанія: + 34 91 18 77 699

Італія: + 39 02 873 69 769

Кіпр: + 357 24 03 00 50

Китай: + 86 10 878 333 86

США: + 1 201 68 00 555

Єгипет: + 20 10 937 756 77, + 20 10 937 759 77,

+ 20 10 937 773 11, + 20 65 34 633 09

and stay of the hotel in case if the Insured person through his / her physical condition can not independently return to the country of permanent residence, and this is confirmed by medical conclusion;

9.2.2.3 body repatriation in case of death of the Insured person to the country of the place of former permanent residence, namely, documented expenses for the execution of documents necessary for body repatriation of the Insured person to a special coffin (hermetically sealed), for transportation to the country of the place of the former permanent residence;

9.2.2.4 other additional costs, if such are stipulated by the Contract, in particular, expenses for: the services of urgent communication; administrative assistance; legal aid; technical assistance.

## **10. INSURANCE RISKS AND INSURED EVENTS IN INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES**

10.1 **The insurance risks under this Contract are:**

10.1.1 **Illness (sudden illness)** – a sharp deterioration in health due to an unexpected illness that endangers the life and health of the Insured person and requires the provision of emergency medical care and immediate medical intervention;

10.1.2 **Accident** – sudden, unpredictable influence of external factors (physical action, chemical action, thermal action) on the Insured (Insured person), which entails bodily harm;

10.1.3 **Death** of the Insured Person as a result of a sudden illness or accident.

10.2 **An insured event** under the Contract is the specialized establishment's requirement to pay for the cost of the Insured person's services provided due the event during the term of this Contract if an event is in the list of insurance risks stipulated by this Contract and with considering other terms of the Contract and/or self-payment the Insured Person (the Insured) the cost of the medical services rendered to her, due the event during the validity of the Contract if the event is in the list of insurance risks stipulated by the Contract and with considering other conditions of the Contract.

## **11. ACTION OF THE INSURED PERSON (INSURER, BENEFICIARY) AT THE EVENT OF THE INSURED EVENTS**

11.1 At the occurrence of an event envisaged by the terms of the Contract, the insured person or person representing the interests of the Insured person (relative, friend, acquaintance, employee of the Insured person, leader or member of a tourist group, employee of a medical institution, doctor, etc.) is obliged (s) immediately, but no later than 24 (twenty four) hours from the moment of the event, at any time of the day, inform the Assistance Company and receive information on further actions by the following means of communication:

11.1.1 **MAIN PHONE NUMBER: + 380 44 599 54 04**

11.1.2 Additional: E-mail: ukr@savitar-gr.com;

11.1.3 Additional: Skype: savitar044;

11.1.4 **Phone Numbers in Different Countries:**

Russia: + 7 495 987 17 75

Belarus: + 375 25 712 46 39

Austria: + 43 1 229 71 77

Bulgaria: + 359 2 491 73 41

Germany: + 49 302 178 25 34

Greece: + 30 231 213 34 00

Israel: + 972 3 912 56 55

Poland: + 48 22 490 6 999

Czech Republic: + 420 22 625 97 76

Spain: + 34 91 18 77 699

Italy: +39 02 873 69 769

Cyprus: + 357 24 03 00 50

China: + 86 10 878 333 86

USA: + 1 201 68 00 555

Egypt: + 20 10 937 756 77, + 20 10 937 759 77,

+ 20 10 937 773 11, + 20 65 34 633 09

Тайланд: + 66 83 121 41 54; + 66 20 26 12 60  
Туреччина: + 90 212 705 53 25; + 90 212 932 70 30

11.2. Після звернення до Асистуючої компанії Застрахована особа повинна виконувати всі подальші рекомендації її представника та узгоджувати з ним всі свої дії, пов'язані з отриманням допомоги. За вимогою Асистуючої компанії Застрахована особа (або її представник) має надати документи, що підтверджують її особу та документально підтвердити строк свого перебування за кордоном.

11.3. Якщо зв'язок із Асистуючою компанією є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я Застрахованої особи (непритомний стан) та відсутності її представників (родичі, друзі, знайомі), і Застрахованій особі надана невідкладна медична допомога, вона повинна після стабілізації стану здоров'я за першої нагоди, але не пізніше ніж протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту такої події, пред'явити представникам медичної служби Договір та зателефонувати до Асистуючої компанії. Зазначені дії від імені Страховальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа, яка знаходиться поруч (родич, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

11.4. У виключних ситуаціях, в разі самостійної сплати вартості медичних послуг, Застрахована особа або її представник повинен повідомити про це Асистуючу компанію негайно, як тільки з'явиться така можливість, але не пізніше ніж протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту отримання таких послуг, та узгодити з нею можливість подальшого отримання необхідних послуг. Об'єктивними причинами вважаються: відсутність засобів зв'язку в місці перебування Застрахованої особи, непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

11.5. У випадку, якщо Застрахована особа за власні кошти сплатила вартість медичних послуг, для розгляду питання про відшкодування таких витрат Застрахована особа повинна звернутись до Страховика не пізніше ніж протягом 10 (десяти) діб після повернення в Україну.

## 12. ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГРАМИ «VECTOR-STANDARD»

12.1. ПРОГРАМА «VECTOR-STANDARD» включає наступний обсяг послуг для Застрахованої особи при її захворюванні (раптовій хворобі) або травмі внаслідок нещасного випадку на необхідності отримання Застрахованою особою невідкладної медичної допомоги:

a) **Невідкладна стаціонарна допомога** в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативних (екстрених, термінових) втручань, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі); лікування загострень хронічних захворювань – **ліміт 1000 (одна тисяча) у.о.;**

b) **Невідкладна амбулаторна допомога** – не передбачена;

c) **Оплата медикаментів**, призначених для невідкладної допомоги, придбаних за призначенням лікаря та на підставі пред'явленого рецепту і підтвердження про оплату;

d) **Невідкладна стоматологічна допомога** – не передбачена;

e) **Медичні перевезення:**

- **транспортування** Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу – **ліміт 200 (двісті) у.о.;**

- **медична евакуація** з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні постійного проживання, включаючи витрати на супроводжуючу

Thailand: + 66 83 121 41 54; + 66 20 26 12 60  
Turkey: + 90 212 705 53 25; + 90 212 932 70 30

11.2 After applying to the Assistance Company, the Insured person must comply with all further recommendations of its representative and coordinate with it all their actions related to obtaining assistance. At the request of the Assistance Company, the Insured person (or its representative) must provide documents confirming its identity and documenting the period of its stay abroad.

11.3 If the connection with the Assistance Company is impossible due to the sharp deterioration in the health of the Insured person (unconsciousness) and the absence of its representatives (relatives, friends, acquaintances) and the Insured person is provided with emergency medical care, it should after the stabilization of the state of health, at the first opportunity, but not later than within 24 (twenty four) hours from the moment of such an event, present to the representatives of the medical service this Contract and call the Assistance Company. These actions on behalf of the Insurant (Insured Person) may be performed by a third person who is nearby (relative, employee of the Insured person, leader or member of the tourist group, employee of the medical institution, doctor, etc.).

11.4 In exceptional situations, in case of self-payment of the cost of medical services, the Insured person or its representative must inform the Assistance Company as soon as this possibility is available, but not later than within 24 (twenty four) hours from the date of receipt of such services, and get a confirmation of the possibility of further obtaining the necessary services. Objective reasons include: lack of communications at the place of stay of the Insured person, unconscious state of the Insured person (in the absence of persons who could represent its interests).

11.5 In the event that the Insured person has paid the cost of health services at his own expense, to inspect the issue of reimbursement of such expenses, the Insured person must contact the Insurer not later than within 10 (ten) days upon returning to Ukraine.

## 12. DEFINITION PROGRAM "VECTOR-STANDARD"

12.1 **VECTOR-STANDARD PROGRAM** includes the following amount of services for the Insured Person in case of illness (sudden illness) or injury as a result of an accident on the necessity of receiving an Emergency Medical Aid:

(a) **Emergency inpatient care** in medical institutions (payment of consultations, diagnostic and medical procedures, including operative (emergency, urgent) interventions, medicines, dressing materials, fixing facilities, stay in the ward, meals while in hospital according to the standards adopted in this medical institution); treatment of exacerbations of chronic diseases – the **limit of 1000 (one thousand) c.u.;**

(b) **Emergency ambulatory care** at a medical institution or a certified physician – not provided;

(c) **Payment for medicines** intended for emergency care purchased on the appointment of a physician and on the basis of the presented recipe and confirmation of payment;

(d) **Emergency dental care** – not provided;

(e) **Medical Transportation:**

- **Transportation** of the Insured person by an ambulance to the nearest doctor or health facility – the **limit 200 (two hundred) c.u.;**

- **Medical evacuation from abroad to a hospital closest to an international airport or closest to the border crossing point in the country of permanent residence, including the cost of costs attendant**

особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводжування (якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами) – ліміт 500 (п'ятсот) у.о.;

f) Репатріація тіла Застрахованої особи до країни колишнього постійного місця проживання (кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт у країні колишнього постійного місця проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи або митний пункт у країні колишнього постійного місця проживання), за рішенням Асистуючої компанії (Страховика) та письмовим погодженням із родичами (офіційними представниками) померлої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, а саме відшкодовуються: документально підтвержені витрати на оформлення документів, необхідних для репатріації тіла Застрахованої особи, на спеціальну труну (герметично закриту), на транспортування. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування (до місця колишнього проживання, поховання та ін.) та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання та ін.) на території країни колишнього місця проживання померлої особи. Якщо має місце репатріація, невикористаний зворотний квиток здається Асистуючій компанії чи Страховику – ліміт 1000 (одна тисяча) у.о.

12.2. Програма «VECTOR-STANDARD» може передбачати наявність коефіцієнтів підвищення вартості відповідно до таких факторів ризику:

- «вік» – для осіб віком понад 60 років;
- «активний відпочинок» – призначені для осіб, які під час подорожі будуть займатися активним відпочинком та/чи аматорським спортом;
- «спорт» – призначені для осіб, які під час подорожі за межами України будуть займатися професійним спортом;
- «фізична праця» – призначені для осіб, що виїжджають за кордон із робочою візою незалежно від характеру праці та/чи планують займатись за кордоном будь-якою фізичною працею.

### 13. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

13.1. Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати (в т.ч. не відшкодовує витрати) за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у п.6 Частини 2 Договору, а також:

13.1.1. що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки (за медичними показаннями), що вона сама чи в супроводі іншої особи може повернутися до місця постійного проживання;

13.1.2. витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду, тощо;

13.1.3. пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами по запобіганню вагітності, лікуванню будь-яких порушень менструального циклу та/чи репродуктивної та/чи сексуальної функцій;

13.1.4. пов'язані з вагітністю, передчасними пологами (викидень, загроза викидня і т.п.) та їх ускладненнями, пологам та їх ускладненнями, проведенням абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний за медичними показаннями як наслідок нещасного випадку або при позаматковій вагітності;

13.1.5. стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення гострого болю та ризику серйозних ускладнень;

13.1.6. на будь-яке протезування, трансплантацію органів чи тканин;

13.1.7. на пластичні, косметичні операції, купівлю, ремонт і підгонку допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, кардіостимуляторів, протезів, милиць тощо), на засоби для метало-остеосинтезу, а також засоби, що не належать до

person if it is a medical certificate of such need (if this need is confirmed by the relevant documents) – the limit 500 (five hundred) c.u.;

(f) Repatriation of the insured body to the country of the former habitual residence (the final destination of the repatriation route is an airport in the country of the former habitual residence where the coffin arrives with the body of the deceased Insured person or a customs office in the country of the former habitual residence), according to the decision of the Assistance Company (Insurer) and written agreement with relatives (official representatives) of the deceased person, if the death occurred as a result of the insured event, namely, reimbursed expenses: for the execution of a document required for the repatriation of the body of the Insured person in a special coffin (sealed) transportation. In this case, the Insurer does not reimburse the costs of further transportation (to the place of former residence, burial, etc.) and ritual services (services related to the burial and burial facilities arrangement, etc.) in the territory of the country of the former residence of the deceased person. If repatriation takes place, an unused return ticket appears to the Assistance Company or the Insurer – the limit of 1000 (one thousand) c.u..

12.2 The "VECTOR-STANDARD" program may provide coefficients for an increase in cost for such factors:

- "age" – for people over 60 years old;
- "active recreation" – intended for persons who during the trip will be engaged in active recreation and / or amateur sports;
- "sport" – intended for persons who, while traveling outside Ukraine, will engage in professional sports;
- "physical labor" – intended for persons traveling abroad with a work visa irrespective of the nature of work and / or planning to work abroad with any physical labor.

### 13. EXCLUSION OF INSURED EVENTS AND LIMITATION OF INSURANCE AFTER INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

13.1 The insurer does not recognize insured events and does not make insurance payments (including not reimbursing expenses), with all the exceptions and restrictions of insurance specified in clause 6 of Part 2 of the Contract, as well as:

13.1.1 exceed those necessary when the state of health of the Insured person has improved so (by medical indications) that herself or in accompany another person to return to the place of permanent residence;

13.1.2 expenses and losses due to inability to work, to participate in travel, excursions, to book tickets and places in hotels, moral damage, etc. ;

13.1.3 related to artificial fertilization, infertility treatment, measures to prevent pregnancy, treatment of any menstrual cycle and / or reproductive and / or sexual function;

13.1.4 related to pregnancy, premature birth (miscarriage, risk of miscarriage, etc.) and their complications, childbirth and their complications, abortion, except when abortion was required for medical indications as a consequence of an accident or ectopic pregnancy;

13.1.5 dental care that exceeds the necessary assistance for the elimination of acute pain and the risk of serious complications;

13.1.6 for any prosthesis, transplantation of organs or tissues;

13.1.7 For plastic, cosmetic operations, purchase, repair and fitting of auxiliary means (glasses, hearing aids, pacemakers, prosthetics, crutches, etc.), for means for metal osteosynthesis, and also means not belonging to the certified medicinal



сертифікованих лікарських засобів;

13.1.8. пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору, чи з лікуванням, не призначеним лікарем;

13.1.9. пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності;

13.1.10. на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, лікарських експертиз і лабораторних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком;

13.1.11. пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі, тощо;

13.1.12. на лікування нетрадиційними методами, які не є сертифікованими та визнаними ВООЗ;

13.1.13. на реабілітаційну терапію та фізіотерапію, на санаторно-курортне лікування, водолікування, геліотерапію, косметичне лікування;

13.1.14. на діагностику та лікування органів зору та слуху, крім надання медичної допомоги за екстремними життєвими показаннями;

13.1.15. на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

13.1.16. на утримання компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи;

13.1.17. на лікування Застрахованої особи родичами та догляд за нею, незалежно від того, чи є вони медичними працівниками;

13.1.18. пов'язані з ритуальними атрибутами та ритуалом поховання Застрахованої особи.

13.2. Якщо репатріацію тіла Застрахованої особи здійснила третя особа без погодження із Асистуючою компанією (Страховиком), то Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на репатріацію особи, яка понесла такі витрати, в розмірі:

13.2.1. 100% від понесених витрат, якщо репатріація проводилась в межах території, що визначена в цьому Договорі як «Е»;

13.2.2. 50% від понесених витрат, якщо репатріація проводилась з інших країн ніж країни, визначені в цьому Договорі як «Е».

**13.3. Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:**

13.3.1. захворювань та їх наслідків чи ускладнень, не вилікуваних на день початку поїздки за кордон;

13.3.2. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;

13.3.3. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування або лікування під час закордонної поїздки могло бути передбачуваним з огляду на наявні у Застрахованої особи захворювання та стани;

13.3.4. станів та/чи захворювань, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, а також захворювання та стани (в т.ч. продовження лікування), що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного місця проживання;

13.3.5. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;

13.3.6. будь-яких хронічних захворювань і станів та їх наслідків, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання, крім випадків надання медичної допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;

13.3.7. які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення в країну постійного місця проживання можливо

products;

13.1.8 relate to the provision of services that are not medically necessary or with treatment not prescribed by a physician;

13.1.9 related to the provision of services by a medical institution that does not have a corresponding license or by a person who is not entitled to medical activity;

13.1.10 for disinfection, prophylactic vaccinations, injections, vaccinations, medical examinations and laboratory tests not related to an insured event;

13.1.11 associated with the provision of additional comfort, namely: TV, telephone, air conditioning, hairdresser, massager, cosmetologist, taxi, etc.;

13.1.12 for treatment of non-traditional methods that are not certified and recognized by the WHO;

13.1.13 for rehabilitation therapy and physiotherapy, for sanatorium and spa treatment, hydrotherapy, heliotherapy, cosmetic treatment;

13.1.14 on diagnostics and treatment of the organs of vision and hearing, in addition to providing medical care for emergency vital signs;

13.1.15 for paid medical treatment at a medical institution, as well as any expenses in the event that the Insured person is entitled to free medical care;

13.1.16 for the maintenance of the companions or members of the family of the Insured person during the hospitalization of the Insured person;

13.1.17 for the treatment of the care of the Insured person and care for her relatives, regardless of whether they are medical workers;

13.1.18 expenses related to the ritual attributes and burial ritual of the Insured person.

13.2 If the repatriation of the body of the Insured person was performed by a third person without the consent of the Assistance Company (Insurer), the Insurer shall reimburse the documented expenses for repatriation to the person who incurred such expenses in the amount of:

13.2.1 100% of the costs incurred if the repatriation was carried out within the territory defined in this Contract as "E";

13.2.2 50% of the costs incurred if the repatriation was conducted from countries other than the countries defined in this Contract as "E".

**13.3 Not eligible for treatment and diagnostics:**

13.3.1 diseases and their consequences or complications not cured on the day of beginning of travel abroad;

13.3.2 diseases which from the medical point of view are contraindications for traveling abroad;

13.3.3 diseases and / or conditions when the journey was made with the intent to receive treatment or treatment during a trip abroad could be predictable due to the presence of the disease and condition in the Insured Person;

13.3.4 Conditions and / or diseases that arose prior to the beginning of the period of insurance and / or on the territory of the place of habitual residence, as well as diseases and conditions (including continuation of treatment) that occurred after the return of the Insured person to a permanent place of residence;

13.3.5 diseases, the emergence of which could have been prevented by early vaccination;

13.3.6 any chronic diseases and conditions and their consequences which have begun during their stay in the country of permanent residence, except for cases of provision of medical care in connection with acute pain and / or in the extent necessary to save the life of the Insured person for the presence of a direct threat to the life of the insured person;

13.3.7 which may be postponed until the return journey, including the conduct of surgical operations, which may replace the course of conservative treatment and / or first aid, before

замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;

13.3.8. після відмови Застрахованої особи від медичної евакуації до країни постійного проживання за відсутності медичних протипоказань для такої евакуації.

13.3.9. вроджених аномалій чи вад розвитку, хромосомних аномалій тощо;

13.3.10. венеричних захворювань, захворювань, що передаються статевим шляхом і СНІДу, а також всіх захворювань, викликаних ВІЛ-інфекцією;

13.3.11. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;

13.3.12. нервових, неврологічних захворювань та станів, судомних приступів та їх наслідків;

13.3.13. будь-яких онкологічних захворювань;

13.3.14. захворювань серцево-судинної системи та будь-яких оперативних (хірургічних) методів їх лікування, в т.ч., накладання анастомозів, шунтів, пластики дефектів клапанів та перегородок, ангіопластики за допомогою стента (стентування) та інших;

13.3.15. будь-яких колагенозів та їх наслідків, хвороб та станів, пов'язаних з демієлінізацією;

13.3.16. мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань, алергічних дерматитів;

13.3.17. будь-яких респіраторних та інших інфекційних захворювань, що не супроводжуються вираженою гіпертермією (понад 38 градусів по Цельсію);

13.3.18. в тому числі медичний огляд та/чи діагностику, що не є необхідною для зняття гострого болю, надання першої допомоги при раптовому захворюванні чи тілесному ушкодженні, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними як невідкладні з медичної точки зору.

13.3.19. будь-яких супутніх захворювань;

13.3.20. захворювань ендокринної системи;

13.3.21. захворювань крові та кровотворних органів;

13.3.22. гепатитів будь-якої етіології, туберкульозу, професійних захворювань та їх наслідків;

13.3.23. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);

13.3.24. епідемічних та пандемічних хвороб;

13.3.25. сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання та/чи інших алергічних реакцій (крім станів, що несуть пряму загрозу життю);

13.3.26. гострої та хронічної променевої хвороби.

#### **14. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗАБІТКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИПАДКІВ**

14.1. Для прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у виплаті Застрахована особа (Страховальник, Вигодонабувач) надає Страховику наступні належним чином оформлені документи:

a) за переліком, визначеним п.5.7 Частини 2 Договору;

b) оригінали рахунків медичних установ на оплату вартості отриманих Застрахованою особою послуг із штампами/відмітками про оплату цих рахунків Застрахованою особою/Вигодонабувачем;

c) оригінали квитанцій та/або чеків, що підтверджують оплату вищезазваних рахунків;

d) оригінал(и) документу(ів) з медичного закладу на фірмовому бланку та/або з відповідним штампом (виписку з карти амбулаторного чи стаціонарного хворого), де вказані: дані пацієнта, повний клінічний діагноз, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення, проведене та призначене лікування, подальші рекомендації т.ін., підпис(и) Застрахованої особи про отримання даних послуг;

e) оригінали рецептів з підписом лікаря та печаткою на придбання призначених медикаментів, де вказано прізвище лікаря;

f) оригінали касових чеків про оплату медикаментів за

returning to the country of permanent residence;

13.3.8 after refusal of the Insured person from medical evacuation to the country of permanent residence in the absence of medical contraindications for such evacuation.

13.3.9 Congenital anomalies or developmental defects, chromosomal abnormalities, etc.;

13.3.10 venereal diseases, sexually transmitted diseases and AIDS, as well as all diseases caused by HIV infection;

13.3.11 psychiatric and / or psychotherapeutic diseases and disorders, schizophrenia, epilepsy, dementia, all types of psychoses and any violations of the mental state;

13.3.12 Nervous, neurological diseases and conditions, convulsive seizures and their consequences;

13.3.13 any oncologic diseases;

13.3.14 diseases of the cardiovascular system and any surgical (surgical) methods of their treatment, including, anastomoses, shunts, plastic defects of valves and partitions, angioplasty with stent (stenting) and others;

13.3.15 any collagenoses and their consequences, diseases and conditions associated with demyelination;

13.3.16 mycoses of any localization and / or dermatological diseases, allergic dermatitis;

13.3.17 any respiratory and other infectious diseases not accompanied by severe hyperthermia (more than 38 degrees Celsius);

13.3.18 including a medical examination and / or diagnosis that is not necessary for the removal of acute pain, first aid for sudden illness or bodily harm, the provision of services that are not reasonably necessary as a medical emergency.

13.3.19 any concomitant diseases;

13.3.20 diseases of the endocrine system;

13.3.21 blood diseases and hematopoietic organs;

13.3.22 hepatitis of any etiology, tuberculosis, occupational diseases and their consequences;

13.3.23 traumatic injuries due to instability of joints or repeated traumatic injuries (usual dislocations);

13.3.24 epidemic and pandemic diseases;

13.3.25 sunburns, allergic reactions to solar radiation and / or other allergic reactions (except those that are a direct threat to life);

13.3.26 acute and chronic radiation sickness.

#### **14. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE INSURED EVENT AND SIZE OF DAMAGES IN THE INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES**

14.1 In order to accept the Insurer's decision to pay or refuse payment, the Insured (Insurant, Beneficiary) shall provide the Insurer with the following properly issued documents:

(a) in the list specified in clause 5.7 of Part 2 of the Contract;

(b) The originals of medical institutions' accounts for the payment of the services received by the Insured person with stamps / notes on payment of these accounts by the Insured Person / Beneficiary;

(c) Originals of receipts and / or checks confirming the payment of the above invoices;

(d) the original (s) of the document (s) from the medical institution on the company form and / or with the corresponding stamp (an extract from the card of the outpatient or inpatient patient), in which: the patient's data, the complete clinical diagnosis, the data about the separate medical procedures and their dates holding, conducted and prescribed treatment, further recommendations, etc., signature (s) of the Insured person about the receipt of these services;

(e) Originals of prescriptions with a doctor's signature and a seal for the purchase of prescribed medications, where the name of the doctor is indicated;

(f) Originals of cash receipts for the payment of medicines at

рецептом лікаря;

g) оригінал офіційного протоколу, довідки, акту або іншого документу, виданого компетентними органами, який підтверджує факт настання нещасного випадку або травми і обставини події;

h) у разі, якщо у Частині 1 Договору позначено «так» фактор ризику «фізична праця» – також документи, що підтверджують таку мету подорожі за переліком, запитуваним Страховиком;

i) у разі смерті Застрахованої особи надаються також:  
– оригінал або нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;  
– оригінал чи нотаріально засвідчену копія лікарського свідоцтва про смерть та оригінал довідки лікаря про причину смерті;  
– оригінал чи нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину, виданого державним нотаріусом (для спадкоємця (-ів) Застрахованої особи);  
– оригінали документів щодо послуг перевезення тіла померлої Застрахованої особи;

j) інші документи на вимогу Страховика та/або згідно закону.

**15. Всі інші умови страхування медичних витрат викладені в п.п.1-8 Частини 2 Договору.**

#### **16. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ\***

*\*ЗАСТЕРЕЖЕННЯ! Дане додаткове страхування не є обов'язковим за Договором і може включатись до його умов за бажанням Страхувальника та за згодою Застрахованої(их) особи(ів).*

16.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

#### **17. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ**

17.1. **Страховим випадком** є події, які відбулися внаслідок настання нещасного випадку із Застрахованою особою під час строку дії Договору (на території, визначеній у Частині 1 Договору, як територія його дії), а саме:

17.1.1. Встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності;

17.1.2. Смерть Застрахованої особи.

17.2. Смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності, які були наслідком нещасного випадку, що стався в період дії Договору, визнаються страховими випадками, якщо вони настали не пізніше 6 (шести) місяців від дня настання нещасного випадку незалежно від дати закінчення дії Договору.

17.3. Не вважаються нещасним випадком будь-які хвороби/захворювання.

#### **18. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ**

18.1. при страхуванні від нещасних випадків Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у п.6 Частини 2 Договору, а також не визнає страховими випадками:

18.1.1. смерть чи інвалідність Застрахованої особи, що стала наслідком будь-якого захворювання;

18.1.2. травмування, інвалідність, смерть Застрахованої особи внаслідок будь-яких оперативних втручань та будь-яких їх наслідків, окрім оперативного лікування тілесних ушкоджень від нещасного випадку.

#### **19. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ**

19.1. Для одержання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхового

the doctor's prescription;

(g) the original of the official report, certificate, certificate or other document issued by the competent authorities confirming the fact of an accident or injury and circumstances of the event;

(h) if in Part 1 of the Contract the "yes" beside risk factor "physical labor" is marked – also documents confirming such a purpose of the trip on the list requested by the Insurer;

(i) in case of death of the Insured Person, also:

– original or notarized copy of the death certificate of the Insured person;

– the original or notarized copy of the medical certificate of death and the original of the certificate of the doctor about the cause of death;

– original or notarized copy of the certificate of the right to inheritance issued by the state notary (for the heir (s) of the Insured person);

– the originals of documents concerning transportation services of the body of the deceased Insured person;

j) other documents at the request of the Insurer and / or in accordance with the law.

**15. All other conditions for the insurance of medical expenses are set forth in clauses 1 to 8 of Part 2 of the Contract.**

#### **16. SUBJECT OF CONTRACT FOR THE INSURANCE OF ACCIDENT\***

*\*WARNING! This additional insurance is not obligatory under the Contract and may be included in its terms at the request of the Insured and with the consent of the Insured (their) person (s)*

16.1 The subject matter of the Contract is property interests that do not contradict the law and are connected with the life, health and efficiency of the Insured person.

#### **17. LIST OF INSURED EVENTS IN INSURANCE OF ACCIDENT**

17.1 **An insured event** is an event occurring as a result of an accident with the Insured person during the term of the Contract (in the territory specified in Part 1 of the Contract as the territory of its operation), namely:

17.1.1 Establishment of the Insured person of primary disability;

17.1.2 Death of the insured person.

17.2 The death of the Insured person or the establishment of her disability which was the result of an accident that occurred during the period of the Contract shall be recognized as insured events if they occurred not later than 6 (six) months from the date of the accident, regardless of the date of termination of the Contract.

17.3 Any illness / disease shall not be considered as an accident.

#### **18. EXCLUSION OF INSURED EVENTS IN INSURANCE OF ACCIDENT**

18.1 in case of accident insurance, the Insurer does not recognize as insured events and does not make insurance payments with all the exceptions and restrictions of insurance defined in clause 6 of Part 2 of the Contract, and also does not recognize insured events:

18.1.1 death or disability (invalidity) of the Insured Person, which has become a consequence of any illness;

18.1.2 injury, disability, death of the Insured person due to any surgical interventions and any consequences thereof, except for the surgical treatment of injuries due to an accident.

#### **19. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE INSURED EVENTS AND THE MEASURE OF DAMAGES IN INSURANCE OF ACCIDENT**

19.1 In order to receive an insurance payment, the Insurant / Insured person / Beneficiary within 6 (six) months from the date of the insured event, and in case of death of

випадку, а у разі смерті Застрахованої особи – протягом 9 (дев'яти) місяців з дня настання страхового випадку, надають Страховикові такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

19.1.1. За переліком, визначеним п.5.7 Частини 2 Договору;

19.1.2. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого, підписану відповідальною особою та засвідчену печаткою медичного закладу (оригінал);

19.1.3. Висновок про наявність/відсутність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння Застрахованої особи в момент настання страхового випадку (оригінал);

19.1.4. Документ медичного закладу встановленої форми із зазначенням: персональних даних та діагнозу Застрахованої особи, місця та часу настання нещасного випадку, дати та часу звернення до медичного закладу, опису події, що призвела до настання нещасного випадку (оригінал);

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

19.1.6. При встановленні Застрахованій особі первинної інвалідності – Акт огляду (за наявності) та Довідка до акту огляду МСЕК про встановлення групи інвалідності (для осіб старше 18 років) або медичний висновок ЛКК (для осіб віком до 18 років);

19.1.7. У разі смерті Застрахованої особи – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи; нотаріально засвідчену копію лікарського свідоцтва про смерть із зазначенням причини смерті (повного діагнозу); матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті; оригінал або нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину Вигодонабувача;

19.1.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.

## **20. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ**

20.1. При страхуванні від нещасних випадків страхові виплати здійснюються у розмірі певного відсотку від страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, в залежності від характеру страхового випадку:

20.1.1. У разі встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності внаслідок настання нещасного випадку, що стався протягом дії Договору:

а) для Застрахованої особи до 18 років: – 100% страхової суми;

б) для Застрахованої особи старше 18 років:

- при встановленні I групи інвалідності – 100% страхової суми;

- при встановленні II групи інвалідності – 75% страхової суми;

- при встановленні III групи інвалідності – 50% страхової суми.

20.1.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок настання нещасного випадку – 100 % страхової суми.

**21. Всі інші умови страхування від нещасних випадків викладені в п.п.1-8 Частини 2 Договору.**

the Insured person - within 9 (nine) months from the date of the insured event, provide the Insurer with the following documents necessary for insurance payment:

19.1.1 In accordance with the list specified in clause 5.7 of Part 2 of the Contract;

19.1.2 An extract from the card of the outpatient or inpatient treatment, signed by the responsible person and certified by the seal of the medical institution (original);

19.1.3 Conclusion on the presence / absence of alcohol, toxic or narcotic intoxication of the Insured person at the time of the occurrence of the insured event (original);

19.1.4 Document of a medical institution an established form specifying: personal data and diagnosis of the Insured person, place and time of accident, date and time of treatment to the medical institution, description of the event leading to an accident (original);

19.1.5 A document of the competent public authority (police, etc.) of the fact and circumstances of the accident, if the representative of the said competent authority was summoned to the scene of the event,

19.1.6 In the event of the establishment of an Insured Person with Primary Disability – the Act of Inspection (if available) and the Certificate to the MSEC Survey on the Establishment of a Disability Group (for a person older than 18 years) or a medical opinion of the LCH (for a person below the age of 18);

19.1.7 In case of death of the Insured person – a notarized copy of the death certificate of the Insured person; a notarized copy of the medical certificate of death indicating the cause of death (complete diagnosis); materials of the competent authorities to investigate the causes of death; original or notarized copy of the certificate of the right to inherit the Beneficiary.

19.1.8 Other documents on Insurer's reasoned request.

## **20. PROCEDURE AND CONDITIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF INSURANCE PAYMENTS IN INSURANCE OF ACCIDENT**

20.1 In insurance of accidents, insurance payments are made in the amount of a certain percentage of the Sum insured of accident insurance, depending on the type of the insured event:

20.1.1 In the event of the establishment of the Insured Person of primary disability as a result of an accident occurring during the period of the Contract:

(a) for an Insured person under 18 years of age: – 100% of the Sum insured;

(b) for an Insured Person over 18 years of age:

- When establishing I group of invalidity – 100% of the Sum insured;

- when establishing the II group of disability – 75% of the Sum insured;

- When establishing the third group of disability – 50% of the Sum insured.

20.1.2 In case of death of the Insured person as a result of an accident – 100% of the Sum insured.

**21. All other conditions in insurance of accident are set forth in clauses 1 to 8 of Part 2 of the Contract.**