

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказом Голови Правління
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Перша»
від «10» лютого 2023 року
№ 16-ОД

**APPROVED**

By order of the Chairman of the Board
Private Joint-Stock Company
«Insurance company «Persha»
from February 10 2023 year
No. 16-OD

Публічна пропозиція щодо укладення Договору добровільного комплексного страхування іноземних громадян за програмою "Іноземець"

Public offer for the conclusion of the Agreement of voluntary complex insurance of foreign citizens under the program "Foreigner"

1.1. Наведена нижче інформація є офіційною пропозицією (далі – **Офертою**) Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія "Перша" (код ЄДРПОУ 31681672, вул Фізкультури, 30, м. Київ, 03150, далі – **Страховик**) в особі Голови Правління Наталії ВАСИЛИНИ, яка діє на підставі Статуту, будь-якій фізичній особі з повною цивільною правосдатністю та дієздатністю (далі – **Клієнт** або **Страховальник**), укласти Договір добровільного комплексного страхування іноземних громадян за програмою "Іноземець" (далі – **Договір**) відповідно до Законів України "Про страхування", "Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства", Правил добровільного страхування медичних витрат від 14.02.2008 р., Правил добровільного страхування від нещасних випадків від 12.03.2008 р., Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)) (нова редакція) від 14.02.2008 р. (далі разом – **Правила**) та безстрокових ліцензій Нацкомфінпослуг України серії АЕ №198821, №198815, №198816 від 19.06.2013 р.

1.2. Страхування здійснюється відповідно до Умов добровільного комплексного страхування іноземних громадян за програмою "Іноземець" (далі – **Умови**), які є невід'ємною частиною Оферти (Додаток 1).

1.2.1. Крім цього, Умови є договором приєднання, а відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України, є стандартними і споживач може лише приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору.

1.2.2. Умови Оферти поширюються на Договори, укладені з 01.08.2018 р. по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на Оферту на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет (www.persha.ua) як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, незалежно від строків дії таких Договорів.

1.2.3. Умови є комплексними і містять загальні умови страхування (п.1 Умов), що поширюються на Договір в цілому, та такі додаткові умови:

1.2.3.1. страхування медичних витрат (п.2 Умов);

1.2.3.2. страхування від нещасних випадків (п.3 Умов);

1.2.3.3. страхування відповідальності перед третіми особами за відшкодування витрат, пов'язаних з виконанням рішення про видворення за межі України (п.4 Умов).

1.3. Оферта та Умови, що містять всі істотні умови договору страхування, передбачені чинним законодавством України, розміщуються Страховиком на веб-сайті www.persha.ua.

1.4. Страховик підтверджує, що укладення Договору відповідно до Умов з використанням факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання є вільним волевиявленням Страховика та жодним чином не порушує прав Страховика та Страховальника.

1.5. Договір вважається підписаним:

1.5.1. зі сторони Страховика – якщо на Оферті та Договорі проставлено підпис та печатку уповноваженої особи;

1.5.2. зі сторони Страховальника – якщо на Договорі проставлено підпис Страховальника.

1.6. У відповідності до статей 207, 634, 641, 642 Цивільного кодексу України безумовним прийняттям (акцептом) умов Оферти Клієнтом вважається сплата страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика (датою та часом оплати вважається дата та час надходження грошових коштів на рахунок Страховика). У разі настання страхового випадку після укладення Договору і сплати страхового платежу, але до моменту надходження коштів на рахунок Страховика, момент сплати страхового платежу в повному розмірі має бути підтверджено Страховальником банківськими чеками чи квитанціями про сплату.

1.6.1. Виконання зазначених у п.1.6 дій означає прийняття Клієнтом усіх умов Оферти.

1.6.2. Договір набирає чинності з часу та дати початку строку його дії, але не раніше часу та дати сплати страхового платежу в повному розмірі.

1.1. The following information is an official offer (hereinafter – the **Offer**) of the Private Joint-stock Company "Insurance Company Persha" (code EDRPOU 31681672, St. Fizkultury, 30, Kyiv, 03150, hereinafter – the **Insurer**) represented by Chairman of the Board Natalia VASILINA on the basis of the Statute, to any natural person with full civil capacity and legal capacity (hereinafter – the **Client** or **Insured**), to conclude a Agreement of Voluntary complex Insurance of Foreign Citizens under the "Foreigner" Program (hereinafter – the **Agreement**) in accordance with the Laws of Ukraine "On Insurance", "On the Legal Status of Foreigners and Stateless Persons", the Rules on Voluntary Medical Expenses Insurance of 02.02.2008, the Rules of Voluntary Accident Insurance of 12.03.2008, the Rules of Voluntary Insurance of Third Party Liability (except for civil Liability of owners of land transport, liability of owners of air transport, liability of owners of water transport (including liability of the carrier)) (new edition) of 14.02.2008 (hereinafter together – the **Rules**) and perpetual licenses Natskomfinposluh Ukraine Series AE №198821, №198815, №198816 from 19.06.2013.

1.2. The insurance is carried out in accordance with the Terms of voluntary comprehensive insurance of foreign citizens according to the program "Foreigner" (hereinafter – the **Terms**), which are an integral part of the Offer (Appendix 1).

1.2.1. In addition, the Terms are an agreement of accession, and in accordance with Article 634 of the Civil Code of Ukraine, are standard and the consumer can only join the Agreement as a whole and can not offer its terms of the Agreement.

1.2.2. The Offer Conditions apply to the Agreements concluded from 01.08.2018 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) as the final date or on the current date, if the final date is not specified, regardless of the terms of such Agreements.

1.2.3. The Terms are complex and contain the general insurance terms (item 1 of the Terms) that apply to the Agreement as a whole, and the following additional terms:

1.2.3.1. medical expenses insurance (item 2 of the Terms);

1.2.3.2. accidents insurance (item of the Terms 3);

1.2.3.3. third party liability insurance for reimbursement of expenses related to the implementation of the decision on expulsion outside Ukraine (item 4 of the Terms).

1.3. The Offer and the Terms, which contain all essential terms of the insurance Agreement, stipulated by the legislation of Ukraine, are placed by the Insurer on the website www.persha.ua.

1.4. The Insurer confirms that the conclusion of the Agreement in accordance with the Terms using the 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 expression of the Insurer and in no way violates the rights of the Insurer and the Insured.

1.5. The Agreement is considered to be signed:

1.5.1. On the part of the Insurer – by signing the authorized person and stamp in the Offer and the Agreement;

1.5.2. On the part of the Insured – by signing the Agreement.

1.6. In accordance with Articles 207, 634, 641, 642 of the Civil Code of Ukraine, the unconditional acceptance (acceptance) of the Offer conditions by the Client is the payment of the insurance payment (bonus) in full to the Insurer's current account (the date and time of payment is the date and time of receipt of funds to the account Insurer). In case of occurrence of an insured event after the conclusion of the Agreement and payment of the insurance payment, but before the moment of receipt of funds to the Insurer's account, the time of payment of the insurance payment in full amount shall be confirmed by the Insured by bank checks or receipts of payment.

1.6.2. The execution of the indicated actions in item 1.6 means acceptance by the Client of all terms of the Offer.

1.6.3. The agreement shall come into force from the time and date of commencement of its term, but not before the time and date of payment of the insurance premium in full amount.

1.6.3. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

1.7. Прийняттям Оферти Клієнт (Страховальник):

1.7.1.1. підтверджує, що вся інформація, надана йому під час укладення Договору, є повною і достовірною;

1.7.1.2. підтверджує, що з Правилами ознайомлений та зі всіма умовами страхування згідний, примірник Договору та всі роз'яснення щодо його умов отримав;

1.7.1.3. підтверджує, що до моменту укладення Договору він ознайомлений зі зразками підписів уповноважених осіб і печатки Страховика;

1.7.1.4. *приєднується до "Публічної пропозиції Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія "Перша" щодо порядку укладення договорів страхування", що є невід'ємною частиною Договору та Умов, розміщеної на веб-сайті Страховика www.persha.ua, та погоджується дотримуватися умов, викладених в ній.*

1.8. Оферта та Умови складені українською та англійською мовами. Обидва варіанти мають однакову юридичну силу. У разі різничитання правильним вважати текст Оферти та Умов, викладений українською мовою.

1.9. Інформацію, зазначену в ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року N 2664-III із змінами і доповненнями, Страховальнику надано в повному обсязі.

1.10. Страховальник дає згоду на обробку своїх персональних даних згідно з вимогами Закону України «Про захист персональних даних» з метою здійснення Страховиком страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних ПрАТ «СК «ПЕРША». Страховальник підтверджує, що повідомлений про те, що його персональні дані будуть включені в базу персональних даних та можуть бути передані третім особам. Зміст прав як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» Страховальнику відомий та зрозумілий. Ця згода діє необмежений строк.

1.11. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також захист прав споживачів:

Національний банк України.

Місцезнаходження: **01601, м. Київ, вулиця Інститутська, 9.**

Телефон довідкової телефонної служби: **0 800 505 240** або **+380442986555.**

E-mail: nbu@bank.gov.ua, web-сайт: bank.gov.ua

1.6.4. After the acceptance and entry into force of the Agreement, the Client acquires the status of the Insured.

1.7. Acceptance of the Offer Client (Insured):

1.7.1.1. Confirms that all information provided to him at the time of conclusion of the Agreement is complete and accurate;

1.7.1.2. Confirms that it is familiar with the Rules and agrees with all conditions of insurance, a copy of the Agreement and all explanations regarding its terms;

1.7.1.3. Confirms that, by the time of the conclusion of the Agreement, he is acquainted with samples of signatures of authorized persons and inscriptions of the Insurer;

1.7.1.4. *Joins the "Public offer of the Private Joint-stock Company" Insurance Company "Persha" regarding the procedure for the conclusion of insurance agreements", which is an integral part of the Agreement and the Terms posted on the Insurer's website www.persha.ua, and agrees to comply with the conditions set forth in it.*

1.8. Offer and Terms are written in Ukrainian and English. Both variants have the same legal validity. In case of misunderstanding it is correct to consider the Ukrainian text of the Offer and Terms.

1.9. Information specified in Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets" dated July 12, 2001 N 2664-III, as amended, was provided to the Insured in full.

1.10. The policyholder consents to the processing of his personal data in accordance with the requirements of the Law of Ukraine "On the Protection of Personal Data" for the purpose of the Insurer carrying out insurance activities, related financial and economic activities, ensuring the implementation of administrative and legal relations, relations in the field of accounting and management internal databases of PJSC SC PERSHA. The insured confirms that he has been informed that his personal data will be included in the personal data database and may be transferred to third parties. The content of the rights as a subject of personal data in accordance with the Law of Ukraine "On the Protection of Personal Data" is known and understood by the Insured. This agreement is valid for an unlimited period.

1.11. The protection of consumer rights is carried out in accordance with the legislation on the protection of consumer rights and the legislation in the field of financial services markets. Details of the body that carries out state regulation, as well as the protection of consumer rights:

National Bank of Ukraine.

Location: 9 Instytutska Street, Kyiv, 01601.

Helpline telephone number: 0 800 505 240 or +380442986555.

E-mail: nbu@bank.gov.ua, website: bank.gov.ua

ДОДАТОК 1

до Публічної пропозиції щодо укладення Договору добровільного комплексного страхування іноземних громадян за програмою "Іноземець"

Умови добровільного комплексного страхування іноземних громадян за програмою "Іноземець"

1. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

1.1. Терміни та визначення.

1.1.1. **Асистуюча компанія** – юридична особа, яка від імені і за рахунок Страховика на підставі відповідного договору доручення виконує частину функцій Страховика по обслуговуванню Застрахованих осіб, у разі настання страхового випадку.

1.1.2. **Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

1.1.3. **Застрахована особа** – фізична особа, про страхування якої укладено Договір. Застрахованою особою за Договором є Страхувальник.

1.1.4. **Ліміт відповідальності Страховика** – гранична (максимальна) сума, яка може бути виплачена Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до Умов.

1.1.5. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Умовами.

1.1.6. **Невідкладний стан людини** – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

1.1.7. **Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті).

1.1.8. **Обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику:**

1.1.8.1. мета перебування на території України;

1.1.8.2. факт настання страхового випадку.

1.1.9. **Послуги з видворення** – послуги з відшкодування витрат, пов'язаних з виконанням рішення компетентних державних органів про видворення Страхувальника (Застрахованої особи) за межі України у разі порушення ним правил перебування в Україні, а також інформаційно-консультаційні, правові та інші додаткові послуги Страхувальнику (Застрахованій особі), що надаються Третьою особою при настанні страхового випадку.

1.1.10. **Провайдери** – установи, організації, підприємства, суб'єкти господарської діяльності, які надають Послуги з видворення для виконання рішення компетентних державних органів про видворення за межі України у разі порушення Страхувальником правил перебування в Україні.

1.1.11. **Розлад здоров'я** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та вимагає невідкладного надання медичної допомоги.

1.1.12. **Страховий захист** – зобов'язання Страховика за Договором щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку.

1.1.13. **Третя особа** – особа, яка приймає на себе зобов'язання щодо:

1.1.13.1. прийому і опрацювання рішень компетентних державних органів про видворення Страхувальника за межі України у разі порушення ним правил перебування в Україні;

1.1.13.2. проведення розрахунку обсягу необхідних Послуг з видворення;

1.1.13.3. організації надання необхідних Послуг з видворення;

1.1.13.4. контролю за наданням необхідних Послуг з видворення;

1.1.13.5. оплати Послуг з видворення, наданих Провайдерами.

1.1.14. **Уповноважені державні органи** – суди, органи МВС, СБУ, Держприкордонслужби України, що прийняли рішення про видворення Страхувальника за межі України у разі порушення ним правил перебування в Україні.

1.2. Страхова сума. Франшиза. Строк та місце дії Договору.

1.2.1. Розмір **страхової суми** визначається за кожним видом страхування за взаємною згодою між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору.

APPENDIX 1

to the Public offer for the conclusion of the Agreement of voluntary complex insurance for foreign citizens under the program "Foreigner"

Terms of voluntary complex insurance for foreign citizens under the program "Foreigner"

1. GENERAL INSURANCE TERMS

1.1. Terms and definitions.

1.1.1. **Assistance company** – is a legal entity acting on behalf and on behalf of the Insurer and coordinates the actions of the Insured and persons providing assistance or services to them in the event of an insured event.

1.1.2. **Emergency medical care** is medical assistance, which is carried out by medical staff in accordance with the law of urgent organizational, diagnostic and medical measures aimed at saving and saving a person's emergency in an urgent condition and minimizing the consequences of the impact of such a state on her health.

1.1.3. **Insured person** – an individual on insurance concluded by the Agreement. The insured person under the Agreement is the Insured.

1.1.4. **The liability limit of the Insurer** – is the limit (maximum) amount that can be paid by the Insurer upon the occurrence of an insured event in accordance with the Terms.

1.1.5. **The medical institution** – is a health care institution that provides the Insured with the medical assistance provided for in the Terms.

1.1.6. **An urgent condition of a person** – is a sudden deterioration of physical or mental health which constitutes a direct and inevitable threat to the life and health of a person or people around him and arises as a result of illness, injury, poisoning or other internal or external causes.

1.1.7. **An accident** – is a sudden, short-term, unpredictable and independent of the Insured person's event, resulting from the influence of various external factors (physical, chemical, technical, etc.) and resulted in a temporary disorder of the Insured's health and/or death (death).

1.1.8. **Circumstances of essential importance for the assessment of the degree of insurance risk:**

1.1.8.1. The purpose of staying on the territory of Ukraine;

1.1.8.2. Fact of occurrence of an insured event.

1.1.9. **Expulsion services** – services for reimbursement of expenses related to the execution of a decision of the competent state bodies on the expulsion of the Insured (Insured person) outside Ukraine in case of violation of its rules of stay in Ukraine, as well as information and consultation, legal and other additional services to the Insured (Insured person) Provided by a third party at the onset of an insured event.

1.1.10. **Providers** – institutions, organizations, enterprises, business entities that provide Expulsion services for the execution of a decision by competent state bodies on expulsion outside Ukraine in case of violation of the rules of stay in Ukraine.

1.1.11. **A health disorder** – is a sudden, unpredictable disruption of the vital activity of an organism, which has led to a deterioration in the health of the Insured person and requires the immediate provision of medical care.

1.1.12. **Insurance protection** – the obligations of the Insurer under the Agreement for the implementation of insurance benefits in the event of an insured event.

1.1.13. **Third person** – is a person who undertakes the following obligations:

1.1.13.1. Receiving and processing decisions of the competent state bodies on the expulsion of the Insured outside Ukraine in case of violation of its rules of stay in Ukraine;

1.1.13.2. Carrying out calculation of the volume of necessary Expulsion services;

1.1.13.3. The organization of providing the necessary Expulsion services;

1.1.13.4. Control over the provision of the necessary Expulsion services;

1.1.13.5. Payment of the Expulsion services provided by the Providers.

1.1.14. **Authorized state bodies** – administrative courts, bodies of the Ministry of Internal Affairs, Security Service of Ukraine, State Border Service of Ukraine, who have made a decision to expulsion the Insured outside Ukraine in case of violation of its rules of stay in Ukraine.

1.2. The sum insured. Franchise The term and place of the Agreement.

1.2.1. The amount of the **sum insured** is determined for each type of insurance by mutual consent between the Insurer and the Insured upon conclusion of the Agreement.

1.2.2. Страхування згідно Договору здійснюється за видами страхування, по яким в бланку Договору вказано страхову суму та страховий платіж.

1.2.3. **Страховий платіж** за Договором має бути сплачений в повному розмірі до початку строку дії Договору;

1.2.4. Договором передбачається безумовна **франшиза** по кожному виду страхування в абсолютному розмірі у валюті страхової суми або у відсотках страхової суми за окремим видом страхування, що застосовується за кожним страховим випадком, на розмір якої зменшується розмір страхової виплати (відшкодування) перед виплатою.

1.2.5. **Страховий захист** починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку строку дії Договору (якщо інше не передбачено Dodatkovими умовами Договору), але не раніше часу та дати сплати страхового платежу в повному обсязі.

1.2.6. **Договір діє на території України** за виключенням тимчасово окупованої території АР Крим, Луганської та Донецької областей в тій частині території цих областей, де органи державної влади України не здійснюють свої повноваження згідно з Розпорядженням КМУ №1085-р від 07.11.2014 р. та відповідними змінами та доповненнями до нього.

1.3. Виключення зі страхових випадків і обмеження страхування.

1.3.1. **Договір не може бути укладено** з особою, яка на час укладення Договору: старша 65 (шістдесяті п'яти) років; є особою з інвалідністю I (першої), II (другої) груп або ВІЛ-інфікованою; має вроджені аномалії (вади розвитку); перебуває на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІД; є особою, яка страждає важкими нервовими захворюваннями, гострим енцефалітом, психічними захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушенням кровообігу II чи III ступеня, інсулінозалежним діабетом, системними ураженнями опорно-рухового апарату, яка має будь-які захворювання в стадії декомпенсації та/чи з приводу яких приймає постійне підтримуюче лікування та/чи має будь-які захворювання з середнім чи вище ступенем важкості.

1.3.1.1. Дія страхового захисту щодо конкретної Застрахованої особи закінчується, як тільки ця особа стала такою, що не може бути застрахованою з причин, зазначених в п.1.3.1 Умов.

1.3.2. Якщо протягом строку дії Договору буде встановлено, що із Застрахованою особою на момент укладення Договору не можна було укладати Договору на підставі п.1.3.1 Умов, то Договір щодо такої Застрахованої особи вважається таким, що не набув чинності, а сплачений страховий платіж за таку Застраховану особу Страховик поверне Страховальнику повністю.

1.3.3. **Не визнаються страховими випадками події**, що настали внаслідок:

1.3.3.1. настання страхового ризику не під час дії страхового захисту;

1.3.3.2. дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання;

1.3.3.3. проведення антитерористичних операцій, інших дій, що проводились в ході контролю, запобігання, придушення, або будь-яким іншим чином пов'язаних з актом тероризму; проведення ворожих актів, військових дій чи операцій (незалежно від того оголошено війну чи ні), в т.ч. з використанням торпед, мін, бомб, іншої зброї; будь-яких військових маневрів, навчань або інших військових заходів та/або їх наслідків; заколотів, військових або народних повстань, революцій, блокад, захвату (узурпації) влади, страйків, бунтів, масових (громадських) заворушень, включаючи трудові заворушення та локауту; введення військової влади або військового положення або надзвичайного стану або стану облоги.

Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених цим пунктом, є публічна інформація щодо таких подій, відображена чи задокументована будь-якими засобами та на будь-яких носіях інформації, що була отримана або створена в процесі виконання суб'єктами владних повноважень своїх обов'язків, передбачених законодавством України, або яка знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених Законом України "Про доступ до публічної інформації";

1.3.3.4. навмисного заповдіння собі тілесних ушкоджень, вчинення самогубства або замаху на самогубство (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями інших осіб)

1.3.3.5. здійснення або спроби здійснення Застрахованою особою протиправних дій, які знаходяться в прямому причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

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

1.3.3.7. заняття Застрахованою особою підводним плаванням, дайвінгом;

1.3.3.8. заняття Застрахованою особою професійним або самодіяльним спортом, участі в змаганнях, а також пов'язані з мото- та автоперегонами, альпінізмом, спелеологією, будь-якими формами польотів та іншими видами активного відпочинку;

1.3.3.9. виконання Застрахованою особою будь-якої фізичної роботи за наймом з використанням будь якого технічного інструменту, авантажених/розвантажених вантажного автотранспорту тощо;

1.3.3.10. перебування Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

1.2.2. Insurance under the Agreement is carried out according to the types of insurance, according to which in the letterhead of the Agreement the insurance amount and insurance payment are indicated.

1.2.3. **The insurance payment** under the Agreement must be paid in full amount before the expiration of its term;

1.2.4. The Agreement provides for an unconditional **deductible** for each type of insurance in absolute amount in the currency of the sum insured or in percentage of the sum insured for a specific type of insurance applied for each insured event, the size of which reduces the amount of compensation before payment.

1.2.5. The insurance protection starts from 00:00 (Kyiv time) dates of commencement of the term of the Agreement (unless otherwise provided by the Additional Terms of the Agreement), but not before the time and date of payment of the insurance payment in full.

1.2.6. **The Agreement is valid on the territory of Ukraine** except for the territory of the Crimea, Luhansk and Donetsk oblasts in the part of the territory not controlled by the Ukrainian authorities in accordance with the Resolution of the CMU No.1085-p dated November 7, 2014 and corresponding amendments and additions.

1.3. Exceptions to insurance incidents and insurance restrictions.

1.3.1. **Insured persons can not be persons** who, at the time of conclusion of the Agreement: older than 65 (sixty five) years; are invalids of the first (first), second (second) groups or HIV-infected; have congenital anomalies (defects of development); are registered in narcological, psychoneurological centers, centers for the prevention and control of AIDS, as well as persons suffering from severe nervous diseases, acute encephalitis, mental illnesses, diseases of the cardiovascular system with severe blood circulation disorders, diabetes mellitus, systemic lesions Musculoskeletal system; having any disease in decompensated and / or about which receives continuous maintenance treatment and / or have any disease of middle or higher severity.

1.3.1.1. The insurance cover for a particular Insured person ends when this person becomes such that he can not be insured for the reasons specified in item 1.3.1 of the Terms.

1.3.1.2. If during the settlement of an insured event it is determined that the insured person who suffered at the time of the conclusion of the Agreement was such that it can not be insured under the Agreement, then the Agreement for such an insured person shall cease to exist in accordance with item 1.9.2 of the Terms, and the insurance payment paid Such Insured person must be returned to the Insured in full.

1.3.2. **Insured events are not recognized** as a result of:

1.3.2.1. Occurrence of insurance risk not during the period of insurance protection;

1.3.2.2. The actions of a nuclear incident or ionizing radiation;

1.3.2.3. Carrying out anti-terrorist operations, other actions conducted during the control, prevention, suppression, or otherwise related to an act of terrorism; Carrying out hostile acts, military operations or operations (regardless of whether the war was declared or not), including Using torpedoes, mines, bombs, and other weapons; Any military maneuvers, exercises or other military actions and/or their consequences; Revolts, military or popular revolts, revolutions, blockades, seizure (usurpation) of power, strikes, riots, mass (public) riots, including labor unrest and lockouts; The introduction of military power or a military position or a state of emergency or a siege.

Confirmation or refutation of the facts of occurrence/occurrence of events provided for by this paragraph is public information on such events, reflected or documented by any means and on any media of information obtained or created during the execution of the subjects of the authorities of their duty "Norms provided by the legislation of Ukraine, or which is in the possession of the subjects of power authorities, other administrators of public information, defined by the Law of Ukraine "On access to public information";

1.3.2.4. Intentional infliction of bodily harm, suicide or suicide attempt (except for cases when the Insured person was brought to such a state by unlawful actions of other persons)

1.3.2.5. The realization or attempt of the Insured person to carry out unlawful actions which are in direct causal connection with an insured event established by the competent authorities;

1.3.2.6. Exposure of the Insured person to unreasonable risk, conscious danger (with the exception of life saving);

1.3.2.7. Taking an insured person with scuba diving, diving;

1.3.2.8. Engages the Insured person in professional or amateur sports, participation in competitions, as well as motor and car racing, mountaineering, speleology, any forms of flight and other kinds of active rest;

1.3.2.9. Carrying out by the Insured person any physical work with the use of any technical instrument, loading/unloading of freight vehicles, etc.;

1.3.2.10. The presence of the Insured person in the state of alcohol, narcotic or toxic intoxication;

1.3.3.11. перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

Додатковими виключеннями зі страхових випадків і обмеженнями страхування є обставини, передбачені п.п.2.8, 3.6, 4.6 Умов.

1.4. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

1.4.1. навмисні дії або бездіяльність Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

1.4.2. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

1.4.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

1.4.4. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Асистуючої компанії (Страховика) про настання страхового випадку без поважних на це причин, або несвоєчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

1.4.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Умовами;

1.4.6. невиконання або порушення вказівок/інструкцій Асистуючої компанії (Страховика);

1.4.7. відмова Страхувальника від обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та розміру витрат;

1.4.8. настання обставин, передбачених п.п.1.3, 2.8, 3.6, 4.6 Умов;

1.4.9. інші випадки, передбачені законом.

1.5. Права та обов'язки Сторін.

1.5.1. Страхувальник має право:

1.5.1.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, передбаченому Умовами;

1.5.1.2. оскаржити у судовому порядку відмову Страховика у здійсненні страхової виплати;

1.5.1.3. звертатися до Асистуючої компанії (Страховика) за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;

1.5.1.4. у випадку порушення Страховиком Умов вимагати дострокового припинення дії Договору;

1.5.1.5. отримати дублікат Договору на підставі письмової заяви про втрату оригіналу (повторний дублікат не видається).

1.5.2. Страхувальник зобов'язаний:

1.5.2.1. своєчасно сплатити страховий платіж;

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

1.5.2.3. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;

1.5.2.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

1.5.2.5. повідомити про настання події, що має ознаки страхового випадку та виконувати вказівки Асистуючої компанії (Страховика) щодо порядку отримання медичних чи інших послуг;

1.5.2.6. надати Страховику всі необхідні документи та інформацію щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати;

1.5.2.7. на вимогу Страховика доводити факт настання страхового випадку, неможливість встановлення зв'язку з Асистуючою компанією (Страховиком), обґрунтувати необхідність або розмір здійснених витрат.

1.5.2.8. не виплачувати відшкодування, не визнавати частково або повністю вимоги за пред'явленими позовами, а також не приймати на себе будь-яких прямих чи непрямих зобов'язань по задоволенню таких вимог без письмової згоди Страховика.

1.5.3. Страховик має право:

1.5.3.1. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Умовами та чинним законодавством України;

1.5.3.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;

1.5.3.3. подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;

1.3.2.11. The presence of the Insured person in places of temporary detention, arrest, detention, imprisonment, as well as during arrest, detention and other operational investigations specified in the Criminal Procedure Code of Ukraine, except when such detention, arrest, imprisonment Found to be illegal.

Additional exemptions from insurance claims and restrictions of insurance are the circumstances stipulated in items 2.2, 3.6, 4.6 of the Terms.

1.4. Reasons for refusal of an insurance payment are:

1.4.1. Intentional actions or inactivity of the Insured person, aimed at the occurrence of an Insured event, except for actions committed in a state of necessary defense (without exceeding its limits) or for the protection of property, life, health, honor and dignity and business reputation. The qualification of the person's actions is established in accordance with the current legislation of Ukraine;

1.4.2. The Insured person committed an intentional crime, which led to an Insured event.

1.4.3. Submission by the Insured of knowingly false information about the subject of the insurance Agreement or the fact of the occurrence of the Insured event;

1.4.4. Failure to notify or untimely communication of the Assisting Company (Insurer) about the occurrence of an Insured event without significant reasons for it or late submission of documents to the Insurer to obtain insurance payments or to create an obstacle to the Insurer in determining the circumstances, nature and amount of damages;

1.4.5. Failure by the Insured (Insured Person) to fulfill its obligations under the Terms;

1.4.6. Failure or violation of instructions/instructions of the Assisting Company (Insurer);

1.4.7. The Insurer's refusal from the inspection or examination appointed by the Insurer in order to confirm the fact and circumstances of the occurrence of the Insured event and the amount of expenses;

1.4.8. Occurrence of circumstances stipulated in items 1.3, 2.8, 3.6, 4.6 of the Terms;

1.4.9. Other cases stipulated by law.

1.5. Rights and duties.

1.5.1. The Insured has the right:

1.5.1.1. In case of an Insured event, receive an insurance payment in the amount and in accordance with the procedure stipulated by the Terms;

1.5.1.2. To appeal in court the refusal of the Insurer in the implementation of insurance indemnity;

1.5.1.3. Contact the Assisting Company (Insurer) for instructions on how to obtain the necessary assistance;

1.5.1.4. In case of violation by the Insurer of the Terms to demand early termination of the Agreement;

1.5.1.5. Receive a duplicate of the Agreement on the basis of a written declaration of loss of the original (repeated duplicate is not issued).

1.5.2. The Insured must:

1.5.2.1. Pay insurance indemnity in due time;

1.5.2.2. At the conclusion of the Agreement to provide the Insurer with information about all the circumstances known to him, which are essential for the assessment of the insurance risk, and to continue to inform about any change in the insurance risk;

1.5.2.3. At the conclusion of the Agreement to inform the Insurer about other valid insurance Agreements concerning the subject of the Agreement;

1.5.2.4. Take measures to prevent and reduce losses incurred as a result of an Insured event;

1.5.2.5. Report an event that has signs of insurance and follow the instructions of the Assisting Company (Insurer) regarding the order of obtaining medical or other services;

1.5.2.6. To provide the Insurer with all necessary documents and information regarding the Insured event for making a decision on the insurance payment;

1.5.2.7. At the request of the Insurer, to prove the occurrence of an Insured event, the impossibility of establishing a connection with the Assisting Company (Insurer), to substantiate the necessity or amount of the expenses incurred.

1.5.2.8. Not to indemnify, to declare in part or in full the claim, on claims brought, nor to accept any direct or indirect obligation to satisfy such claims without the written consent of the Insurer.

1.5.3. The Insurer has the right:

1.5.3.1. Refuse to make insurance payments in cases stipulated by the Terms and the current legislation of Ukraine;

1.5.3.2. Verify the information provided by the Insured for the conclusion of the Agreement;

1.5.3.3. To submit requests to the competent authorities regarding the information necessary to clarify the circumstances of the occurrence of an Insured event;

1.5.3.4. у випадку порушення Страхувальником (Застрахованою особою) Умов вимагати дострокового припинення дії Договору;

1.5.3.5. у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно події, що має ознаки страхового випадку;

1.5.3.6. здійснювати фотозйомку, аудіо та відеозапис подій та розмов, пов'язаних з виконанням Сторонами умов Договору;

1.5.3.7. не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи;

1.5.3.8. представляти інтереси Страхувальника в суді у зв'язку з настанням страхового випадку.

1.5.4. Страховик зобов'язаний:

1.5.4.1. ознайомити Страхувальника з Умовами та Правилами;

1.5.4.2. 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;

1.5.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Умовами строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати отримувачу виплати пені у розмірі 0,01% простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати;

1.5.4.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу), та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

1.6. Дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку.

1.6.1. У разі настання події, що має ознаки страхової, Застрахована особа перед тим, як звернутися по допомогу до відповідного закладу чи лікаря, зобов'язана якнайшвидше, але не пізніше 1 (однієї) години з моменту настання події, в будь-який час доби, повідомити про подію Асистуючу компанію (Страховика). Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

1.6.2. При зверненні до Асистуючої компанії (Страховика) необхідно повідомити наступну інформацію:

1.6.2.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

1.6.2.2. місцезнаходження Застрахованої особи і номер контактного телефону;

1.6.2.3. номер Договору;

1.6.2.4. строк дії Договору;

1.6.2.5. детальний опис випадку і характер необхідної допомоги;

1.6.2.6. та виконувати вказівки Асистуючої компанії (Страховика).

1.6.3. Якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин до моменту отримання медичних послуг, це необхідно зробити не пізніше 24 годин з моменту отримання медичної допомоги. До об'єктивних причин в цьому випадку належать:

1.6.3.1. відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи);

1.6.3.2. непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

1.6.4. На вимогу Страховика у випадку недотримання строків повідомлення про подію, Страхувальник (Застрахована особа) повинен у письмовій формі надати пояснення про причини недотримання строків повідомлення про подію.

1.6.5. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, то Застрахована особа може самостійно звернутися до медичного закладу, що має відповідний дозвіл на здійснення медичної діяльності в Україні. В цьому разі:

1.6.5.1. повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги;

1.6.5.2. Страховику подаються документи, передбачені п.1.7.1 Умов протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після закінчення лікування. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з об'рунтуванням причин затримки.

1.6.6. Вдатися до дій, передбачених п.п.3.7, 4.7 Умов.

1.7. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат.

1.7.1. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, у разі настання нещасного випадку чи досудовому врегулюванні претензії Третьої особи щодо видворення, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі таких документів:

1.7.1.1. заяву на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

1.7.1.2. Договору;

1.7.1.3. документа, що посвідчує особу та підтверджує право на отримання страхової виплати;

1.5.3.4. In case of violation by the Insured (Insured Person) of the Terms to demand early termination of the Agreement;

1.5.3.5. In case of necessity to appoint a medical commission for the purpose of inspection of the Insured person, as well as another expert examination regarding the insurance event;

1.5.3.6. To take pictures, audio and video of events and conversations related to the fulfillment by the Parties of the terms of the Agreement;

1.5.3.7. Not to indemnify any indirect losses of the Insured person;

1.5.3.8. Represent the interests of the Insured in court in connection with the onset of the Insured event.

1.5.4. The Insurer must:

1.5.4.1. To acquaint the Insured with the Terms and Rules;

1.5.4.2. Within 2 (two) working days, as soon as it becomes aware of the occurrence of an Insured event, take measures for the execution of all necessary documents for the timely implementation of the insurance payment;

1.5.4.3. Upon occurrence of an Insured event, to make an insurance payment in the terms stipulated by the Terms. The Insurer is liable for untimely implementation of the insurance payment by paying the recipient of a penalty payment of 0.01% of the delayed payment for each day of delay, but not more than 10% of the amount of insurance payment;

1.5.4.4. Not to disclose information about the Insured (Insured Person), and his property status, except in cases established by law.

1.6. Actions at the onset of an event that has signs of an insured event.

1.6.1. In case of occurrence of an event that has signs of insurance, the Insured person must, as soon as possible, but not later than 1 (one) hour from the moment of the occurrence of the incident, at any time of day, before the application for assistance to the appropriate institution or doctor, Inform the Assisting Company (Insurer) about the event. Such notice may be transferred by any person acting on behalf of the Insured person: his relatives, employees of the medical institution, etc.

1.6.2. When contacting the Assisting Company (Insurer), you must provide the following information:

1.6.2.1. Surname, name of the Insured person;

1.6.2.2. The location of the Insured person and the contact phone number;

1.6.2.3. The Agreement number;

1.6.2.4. Term of validity of the Agreement;

1.6.2.5. Detailed description of the case and the nature of the assistance required;

1.6.2.6. And follow the instructions of the Assisting Company (Insurer).

1.6.3. If such a notification can not be made for objective reasons until the moment of receiving medical services, it is necessary to do this not later than 24 hours from the moment of receiving medical aid. Objective reasons in this case include:

1.6.3.1. Absence of active communications at the place of stay of the Insured (Insured person);

1.6.3.2. Unconscious state of the Insured person (in the absence of persons who could represent its interests).

1.6.4. Upon request of the Insurer in case of non-observance of the terms of notification of the event, the Insured (Insured Person) must provide in writing the explanation of the reasons for non-observance of the terms of the message about the event.

1.6.5. If the Insured person needs emergency medical assistance and it is not possible to report it before it is received, the Insured person may independently apply to a medical institution that has a corresponding permit for medical care in Ukraine. In this case:

1.6.5.1. The message shall be transmitted to Assistenx or the Insurer as soon as this becomes possible, but not later than within 24 hours from the date of receipt of such assistance;

1.6.5.2. The Insurer shall submit the documents stipulated in item 1.7.1 of the Terms within 15 (fifteen) calendar days after the end of the treatment. If there were substantial reasons why the documents were not submitted on time, they should be submitted as soon as possible, with reasons for the reasons for the delay.

1.6.6. To engage in actions provided for in items 3.7, 4.7 of the Terms.

1.7. Documents confirming the occurrence of an insured event and the amount of expenses.

1.7.1. In the case of self-payment by the Insured person of medical services, in case of an accident or pre-trial settlement of a third person's claim for removal, the Insurer shall make an insurance payment to the Insured (Insured Person) on the basis of the following documents:

1.7.1.1. Applications for insurance payment in accordance with the form established by the Insurer;

1.7.1.2. The Agreement;

1.7.1.3. A document certifying a person and confirming the right to receive an insurance payment;

- 1.7.1.4. довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одержувачу виплати;
- 1.7.1.5. результати аналізу на вміст етанолу в крові (сечі) Застрахованої особи або наявність інформації про сп'яніння в документах медичного закладу (окрім випадків видворення);
- 1.7.1.6. документи, передбачені п.п.2.9, 3.8, 4.8 Умов;
- 1.7.1.7. інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика (його представника) щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазначеного збитку, без отримання яких встановлення вищезазначених фактів є унеможливленим/вкрай ускладненим.
- 1.7.2. Усі документи, що надаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки і підписи, а також найменування, місцезнаходження (адресу) та контактний телефон організації (установи, особи), що видала документ.
- 1.7.3. Усі документи надаються Страховику у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників або простих копій за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.
- 1.7.4. Документи надаються офіційному представникові Страховика або безпосередньо Страховику за адресою, вказаною в Договорі.

1.8. Порядок і умови здійснення страхової виплати.

- 1.8.1. Рішення про здійснення страхової виплати, відстрочення прийняття рішення або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами по конкретному виду страхування.
- 1.8.2. За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти (відстрочити) рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
- 1.8.3. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати.
- 1.8.4. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийнятті рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 10 (десяти) робочих днів з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови.
- 1.8.5. Сума страхової виплати не може перевищувати страхову суму, встановлену по конкретному виду страхування та відповідні ліміти відшкодування, передбачені обраною Програмою страхування.
- 1.8.6. Страхова сума (та ліміт відшкодування) по конкретному виду страхування (Програмі страхування) зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати. Сума всіх страхових виплат не може перевищувати окремих страхових сум по виду страхування (лімітів відшкодування за Програмою страхування), розмір яких зазначений в Договорі.
- 1.8.7. Якщо виявиться така обставина, що за законом або за Умовами повністю або частково позбавляє одержувача права на страхову виплату – така особа зобов'язана повернути, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту подання вимоги, Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину).

1.9. Порядок припинення дії Договору та внесення змін.

- 1.9.1. Договір припиняє свою дію за згодою Сторін, а також у разі: закінчення строку дії; виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі; несплати Страховальником страхового платежу у встановлені Умовами строки; смерті Страховальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України "Про страхування"; ліквідації Страховика у порядку, встановленому законом; прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним; в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 1.9.2. Дію Договору також може бути припинено за вимогою однієї зі Сторін, про що вона зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, як за 5 (п'ять) робочих днів до дати припинення дії Договору. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі статтею 28 Закону України "Про страхування". Норматив витрат на ведення справи за Договором становить 30%.
- 1.9.3. Зміни до Договору вносяться за домовленістю Сторін на підставі заяви однієї із Сторін та оформлюються письмово окремим документом за підписами обох Сторін, який з дати підписання є невід'ємною частиною Договору.
- 1.9.4. У випадку зміни ступеню страхового ризику, Сторона, якій запропоновано змінити умови Договору, зобов'язана протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів погодитися на запропоновані умови або припинити дію Договору. Повернення страхових платежів у такому випадку здійснюється відповідно до умов ст.28 Закону України "Про страхування".

1.10. Інші умови Договору.

- 1.10.1. **Спори**, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди справа передається на розгляд суду за місцем знаходження Страховика у порядку, передбаченому законодавством України.

- 1.7.1.4. Certificates on the assignment of the identification number to the payee;
- 1.7.1.5. The results of the analysis on the content of ethanol in the blood (urine) of the Insured person or the availability of information on intoxication in the documents of the medical institution (except for cases of expulsion);
- 1.7.1.6. Documents stipulated in items 2.9, 3.8, 4.8 of the Terms;
- 1.7.1.7. Other documents in the substantiated written request of the Insurer (his representative) regarding the fact, circumstances, causes of the occurrence of the Insured event, the size of the damage incurred, without which, the establishment of the above facts is impossible/extremely complicated.
- 1.7.2. All documents submitted to the Insurer must be legibly written or printed on the forms and have the appropriate stamps and signatures, as well as the name, address and contact number of the organization that issued the document.
- 1.7.3. All documents are provided to the Insurer in the form of an original or notarized copy, or a simple copy, provided that it allows the reconciliation of this copy with the original copy of the document.
- 1.7.4. Documents are provided to the official representative of the Insurer or directly to the Insurer at the address indicated in the Agreement.

1.8. Procedure and conditions for the implementation of insurance payments.

- 1.8.1. The decision on insurance payment, delay in making a decision or refusal to pay is taken by the Insurer within 10 (ten) working days from the day the Insurer receives all necessary documents provided in the manner prescribed by the conditions for a specific type of insurance.
- 1.8.2. If there are grounds for doubting the reasonableness (legality) of the insurance payment, the Insurer may postpone the decision to pay before obtaining confirmation or refutation of these reasons for a period not exceeding 45 (forty-five) working days.
- 1.8.3. The Insurer shall make an insurance payment within 10 (ten) working days after making a decision on the insurance payment.
- 1.8.4. The Insurer shall notify the Insured person in writing within 10 (ten) working days in writing about the refusal to make an insurance payment or to make a decision on the postponement of the payment, stating the motivation of the decision taken or the reasons for the refusal.
- 1.8.5. The sum of the insurance payment can not exceed the sum Insured established for a specific type of insurance and the corresponding limits of compensation provided by the chosen insurance program.
- 1.8.6. The insurance amount (and the compensation limit) for a specific type of insurance (Insurance Program) is reduced by the amount of insurance payments made by the Insurer. The sum of all insurance payments can not exceed individual insurance amounts by type of insurance (limits of compensation for the Insurance Program), the amount of which is specified in the Agreement.
- 1.8.7. If such circumstance turns out that the law or the Terms completely or partially deprives the recipient of the right to the insurance payment – such person is obliged to return, within 30 (thirty) calendar days from the moment of submission of the claim, the insurance benefit received by the Insurer (or its corresponding part) .

1.9. The procedure for termination of the Agreement and amendments.

- 1.9.1. The Agreement shall terminate with the consent of the Parties, as well as in case of: expiration; Fulfillment of obligations by the Insurer to the Insured person in full; Non-payments to the Insured by the insurance payment in the terms established by the Terms; The death of the Insured – an individual or the loss of his capacity, except in the cases provided for in Articles 22 and 24 of the Law of Ukraine "On insurance"; Liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by law; Acceptance of a court decision on the recognition of the Agreement null and void; In other cases stipulated by the current legislation of Ukraine.
- 1.9.2. The operation of the Agreement may also be terminated upon request of one of the Parties, which it is obliged to notify in writing to the other Party not later than in 5 (five) working days prior to the date of termination of the Agreement. The procedure for early termination of the Agreement and settlements between the Parties shall be determined in accordance with Article 28 of the Law of Ukraine "On Insurance". The cost of doing business under the Agreement is 30%.
- 1.9.3. Amendments to the Agreement shall be made by agreement of the Parties on the basis of the application of one of the Parties and shall be made in writing in a separate document signed by both Parties, which from the date of signature is an integral part of the Agreement.
- 1.9.4. In case of a change in the degree of insurance risk, the Party, which is proposed to change the terms of the Agreement, is obliged to agree on the proposed terms or terminate the Agreement within 15 (fifteen) calendar days. Return of insurance payments in this case is carried out in accordance with the provisions of Article 28 of the Law of Ukraine "On Insurance".

1.10. Other terms of the Agreement.

- 1.10.1. Disputes arising under the Agreement are resolved through negotiations. In case of failure to reach an agreement, the case is transferred to the court at the place where the Insurer is located in the manner prescribed by the legislation of Ukraine.

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

1.10.3. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору і Умов та положеннями Правил, пріоритет мають Договір та Умови. Питання, не обумовлені Договором та Умовами, регулюються Правилами та чинним законодавством України.

1.10.4. Договір укладається у 3 (трьох) примірниках, що мають однакову юридичну силу: два – для Страхувальника та один – для Страховика.

1.10.2. For non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the Agreement, the Parties shall bear responsibility in accordance with the effective legislation of Ukraine.

1.10.3. In case of discrepancy between the provisions of the Agreement and the Terms and conditions of the Rules, the Agreement and the Terms shall prevail. Questions not covered by the Agreement and the Terms are governed by the Rules and the legislation of Ukraine.

1.10.4. The Agreement is enclosed in 3 (three) copies, having the same legal force: two – for the Insured and one – for the Insurer.

2. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

2.1. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать закону і пов'язані зі здоров'ям, працездатністю та передбаченими медичними витратами, пов'язаними з настанням страхового випадку з Застрахованою особою.

2.2. Страховими ризиками є такі події, що настали у період та на території дії Договору:

2.2.1. гостре захворювання або загострення хронічного захворювання Застрахованої особи;

2.2.2. тілесне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

2.3. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу з приводу настання страхового ризику, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у межах та в обсязі обраної Програми страхування та страхових сум (лімітів відшкодування), передбачених Договором, шляхом відшкодування Застрахованій особі, медичному закладу, Асистуючій компанії чи особі, яка надавала допомогу, понесених витрат за надані медичні послуги, які передбачені Договором.

2.4. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах страхової суми за цим видом страхування та зазначених в Таблиці 1 лімітів відшкодування протягом строку дії Договору (якщо в Договорі чітко не зазначено інше) витрати на такі медичні послуги, передбачені обраною в Договорі Програмою страхування:

Таблиця 1

Програма страхування	A	B	C
Страхові послуги ШВИДКА та НЕВІДКЛАДНА медична допомога	ТАК	ТАК	ТАК
АМБУЛАТОРНА допомога	ні	1 000 грн.	2 000 грн.
в т.ч. медикаментозне забезпечення при амбулаторному лікуванні	ні	300 грн.	500 грн.
Екстрене СТАЦІОНАРНЕ лікування	ТАК	ТАК	ТАК
в т.ч. медикаментозне забезпечення при стаціонарному лікуванні	2 000 грн.	2 000 грн.	3 000 грн.
Екстрена СТОМАТОЛОГІЧНА допомога	300 грн.	300 грн.	300 грн.

2.4.1. **ШВИДКА та НЕВІДКЛАДНА медична допомога** – сукупність лікувальних заходів на до госпітального етапі, що надаються Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травм, опіків, отруєнь та інших станів, що безпосередньо загрожують її життю, потребують невідкладного медичного втручання з метою запобігання значного і довгострокового впливу на його життя та здоров'я в обсязі достатньому для стабілізації стану організму, а саме до моменту усунення гострих симптомів). Страховик відшкодовує витрати на:

2.4.1.1. виїзд бригади швидкої медичної допомоги;

2.4.1.2. експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;

2.4.1.3. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;

2.4.1.4. доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

2.4.2. **АМБУЛАТОРНА допомога** Застрахованій особі в медичному закладі або у лікаря, який має відповідну ліцензію. Страховик відшкодовує витрати на **екстремне консервативне та оперативне лікування** в умовах амбулаторій, поліклінік, зокрема:

2.4.2.1. консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації;

2.4.2.2. проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;

2.4.2.3. проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;

2.4.2.4. забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

2. ADDITIONAL TERMS OF MEDICAL EXPENSES INSURANCE

2.1. The subject of the Agreement is the property interests of the Insured (Insured Person) that do not contradict the law and are related to health, disability and unforeseen medical expenses associated with the occurrence of an Insured event with the Insured Person.

2.2. Insurance risks are the following events that occurred during the period and in the territory of the Agreement:

2.2.1. Acute illness or exacerbation of a chronic illness of the Insured person;

2.2.2. Bodily injury to the Insured person as a result of an accident.

2.3. An Insured event is the application of the Insured person during the validity of the Agreement to the Assisting Company or the medical institution regarding the occurrence of the insurance risk, which results in the Insurer's obligation to make an insurance payment within the limits and in the amount of the chosen Insurance Program and insurance amounts (compensation limits) provided for in the Agreement. By way of reimbursement to the Insured person, the medical institution, the Assisting Company or the person who provided the assistance, the expenses incurred for the provided health services provided for in the Agreement.

2.4. Upon the occurrence of an insured event, the Insurer shall reimburse, within the limits of the sum insured, for this type of insurance and the compensation limits specified in Table 1 during the term of the Agreement (unless otherwise specified in the Agreement), expenses for the following medical services provided by the insurance program chosen by the Agreement:

Table 1

Insurance program	A	B	C
Insurance services AMBULANCE and EMERGENCY medical care	YES	YES	YES
AMBULATORY assistance	no	1 000 UAH	2 000 UAH
incl. medical provision for ambulatory assistance	no	300 UAH	500 UAH
Emergency STATIONARY treatment	YES	YES	YES
incl. medical provision for stationary treatment	2 000 UAH	2 000 UAH	3 000 UAH
Emergency DENTAL care	300 UAH	300 UAH	300 UAH

2.4.1. **AMBULANCE and EMERGENCY medical care** – a combination of therapeutic measures at the hospital stage that are provided to the Insured for acute illness, exacerbation of chronic illness, injuries, burns, poisonings and other conditions that directly threaten her life, require urgent medical intervention in order to prevent a significant And long-term effects on his life and health sufficient to stabilize the body's condition, namely, before the elimination of acute symptoms). The Insurer reimburses for:

2.4.1.1. Arrival of the emergency medical aid brigade;

2.4.1.2. Express diagnostics and emergency care at the prehospital stage;

2.4.1.3. Provision of medicines and consumable medical materials;

2.4.1.4. Delivery of a carriage of ambulance to a specialized medical institution for further treatment.

2.4.2. **AMBULATORY assistance** to the Insured person at a medical institution or to a doctor who has the appropriate license. The Insurer shall reimburse the cost of **emergency conservative and prompt treatment** in outpatient clinics, in particular:

2.4.2.1. Consultations and other professional services of medical personnel, including Doctors of narrow specialization;

2.4.2.2. Carrying out of laboratory researches and application of instrumental methods of diagnostics;

2.4.2.3. Carrying out of medical measures and manipulations;

2.4.2.4. Provision of medicines and consumable medical supplies.

2.4.3. **Екстрене СТАЦІОНАРНЕ лікування** – лікування в умовах стаціонару при якому госпіталізація здійснюється за термінової необхідності (життєвими показаннями) впродовж 24 годин з моменту настання перших ознак захворювання, та проводиться установами швидкої та невідкладної медичної допомоги або безпосередньо приймальним відділенням стаціонару. Страховик відшкодовує витрати на: необхідні консультації, діагностику, лікування, невідкладне оперативне втручання, забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі.

2.4.4. **Екстрена СТОМАТОЛОГІЧНА допомога.** Страховик відшкодовує витрати на терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням проведення косметичних процедур, протезування, ортодонтичних операцій), пов'язані з ліквідацією гострого зубного болю, тимчасовим пломбуванням або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку.

2.5. За цим видом страхування згідно Договору страховий захист надається у умовах Програми страхування, що належним чином вказана в Договорі.

2.5.1. Якщо в бланку Договору не вказано Програму страхування та страхову суму за видом страхування, то страхування за цим видом згідно Договору не здійснюється.

2.5.2. Якщо в бланку Договору не позначено Програму страхування, але вказано страхову суму та страховий платіж за видом страхування, то страхування за цим видом згідно Договору здійснюється за програмою А.

2.5.3. Якщо в бланку Договору позначено кілька Програм страхування за видом страхування, то страхування за цим видом згідно Договору здійснюється за Програмою А.

2.6. Медичні послуги надаються у базових лікувальних закладах державної, комунальної та відомчої форм власності відповідно до наказів/клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, з якими Страховик або Асистуюча компанія має договір на обслуговування застрахованих осіб. Підбір лікувального закладу знаходиться у компетенції Страховика або Асистуючої компанії.

2.7. Лікар-експерт Страховика (Представника Страховика) має право погоджувати із лікарем медичного закладу виписку медикаментів та діагностичних послуг в телефонному режимі, в момент призначення (виписки) таких медикаментів/послуг відповідно до наказів та клінічних протоколів, затверджених МОЗ України. При цьому, Представник Страховика не має права втручатися у лікувальний процес, замінюючи медикаменти чи діагностичні заходи без узгодження з лікуючим лікарем.

2.8. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування (на додаток до п.1.3 Умов).

2.8.1. **Страховими випадками не вважаються** не підлягають відшкодуванню витрати Застрахованої особи у зв'язку із:

2.8.1.1. одержанням медичних послуг, що не передбачені Умовами та/або Програмою страхування (в т.ч. планові оперативні втручання);

2.8.1.2. одержанням медичних послуг та лікування з приводу захворювань, клінічні прояви яких виникли до початку дії Договору (окрім надання невідкладної медичної допомоги) або їх надання поза межами строку його дії;

2.8.1.3. одержанням медичних послуг при лікуванні хронічних захворювань, крім випадків їх загострення, але не більше 1 (одного) загострення такого захворювання за рік, а також остаточних проявів перенесених захворювань та лікування супутніх захворювань та станів;

2.8.1.4. одержанням медичних послуг (в т.ч. лікуванням) з приводу захворювань, за якими призначена будь-яка група інвалідності, їх ускладнень та наслідків.

2.8.2. **Страховик не оплачує вартість лікування** та наданих Застрахованій особі медичних послуг при нижчезазначених станах та захворюваннях:

2.8.2.1. захворювання, пов'язані із алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією, на які страждає Застрахована особа, незалежно від строків їх виявлення або перебування особи під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин під час настання страхового випадку;

2.8.2.2. психічні захворювання (МКХ-10: клас V, коди діагнозів F00-F99), астено-невротичні стани, синдром гіперактивності, стани, пов'язані з індивідуальними особливостями розвитку та росту (дислалія тощо);

2.8.2.3. спадкові, генетичні, вроджені чи набуті вади та захворювання;

2.8.2.4. венеричні захворювання та захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, трихомоніаз, уrogenітальний герпес, ВПЧ тощо);

2.8.2.5. грибкові захворювання (мікози) будь-якої локалізації, хвороби шкіри, волосся та нігтів (вугри, псоріаз, екзема, вітіліго, демодекоз, педикульоз, пухирчатка, лишай, себорейя і т.п.), крім гострих гнійних захворювань;

2.8.2.6. системні ураження сполучної тканини (червоний вовчак, дерматополіміозит, системна склеродермія тощо);

2.8.2.7. токсоплазмоз, цитомегаловірусні інфекції, захворювання, асоційовані з вірусом Епштейн-Барр, герпетичні інфекції будь-якої локалізації, крім вітряної віспи;

2.4.3. **Emergency STATIONARY treatment** – treatment in a hospital setting in which hospitalization is carried out in urgent need (vital signs) for a further 24 hours from the moment of the onset of the first signs of the disease, and is carried out by the institutions of emergency and emergency medical care or directly by the admissions department of the in-patient department. The Insurer shall reimburse the expenses for: necessary consultations, diagnostics, treatment, urgent surgical intervention, provision of medicines and consumable medical materials, stay in standard-type wards, and food in accordance with the standards accepted at this medical institution.

2.4.4. **Emergency DENTAL care.** The Insurer shall reimburse the costs of therapeutic and surgical treatment of the teeth and oral cavity (except for cosmetic procedures, prosthetics, orthodontic operations) associated with the elimination of acute toothache, temporary seizure or jaundice resulting from an accident.

2.5. Under this type of insurance under the Agreement, insurance coverage is provided under the terms of the Insurance Program, as duly indicated in the Agreement.

2.5.1. If in the letterhead of the Agreement the Insurance Program and the Insured amount according to the type of insurance are not specified, then insuring for this type according to the Agreement is not carried out.

2.5.2. If the insurance Agreement is not indicated in the Agreement letter, but the sum Insured and the insurance payment according to the type of insurance are indicated, insurance under this type according to the Agreement is carried out under program A.

2.5.3. If in the letterhead of the Agreement several programs of insurance according to the type of insurance are indicated, insurance under this type in accordance with the Agreement is carried out according to Program A.

2.6. Medical services are provided in the basic medical institutions of the state, communal and departmental forms of property in accordance with orders/clinical protocols approved by the Ministry of Health of Ukraine, with which the Insurer or Assisting Company has a Agreement for servicing Insured persons. The selection of a health facility is within the competence of the Insurer or the Assisting Company.

2.7. An expert Insurer (representative of the Insurer) has the right to coordinate with the doctor of a medical institution an extract of medicines and diagnostic services in telephone mode, at the moment of appointment (extradition) of such medicines/services in accordance with orders and clinical protocols approved by the Ministry of Health of Ukraine. In this case, the Representative of the Insurer does not have the right to interfere in the medical process, replacing medicines or diagnostic measures without the consent of the treating physician.

2.8. Exemptions from insurance claims and insurance restrictions (in addition to item 1.3 of the Terms).

2.8.1. Insured events are not considered to be reimbursed to the Insured Person's expenses in connection with:

2.8.1.1. Receipt of medical services not provided by the Terms and/or Insurance Program (including planned operational interventions);

2.8.1.2. Obtaining medical services and treatment for diseases, clinical manifestations of which arose prior to the entry into force of the Agreement (except the provision of emergency medical care) or their provision beyond the time period of its validity;

2.8.1.3. Reception of medical services in the treatment of chronic diseases, except for cases of their aggravation, but not more than 1 (one) exacerbation of such an illness in a year, as well as the final manifestations of the transmitted diseases and the treatment of concomitant diseases and conditions;

2.8.1.4. Receiving of medical services (including medical treatment) concerning diseases for which any group of disability is assigned, their complications and consequences.

2.8.2. **The Insurer does not pay the cost of treatment** and provided to the Insured person medical services for the following conditions and diseases:

2.8.2.1. Diseases related to alcoholism, drug addiction or substance abuse suffered by the Insured person, irrespective of the terms of their detection or staying under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances at the onset of an Insured event;

2.8.2.2. Mental illness (ICD-10: class V, diagnostic codes F00-F99), astheno-neurotic conditions, hyperactivity syndrome, conditions associated with individual developmental and growth characteristics (dyslallia, etc.);

2.8.2.3. Hereditary, genetic, congenital or acquired defects and diseases;

2.8.2.4. Sexually transmitted diseases and diseases (chlamydia, mycoplasmosis, ureaplasmosis, trichomoniasis, urogenital herpes, HPV, etc.);

2.8.2.5. Fungal diseases (mycoses) of any localization, skin diseases, hair and nails (acne, psoriasis, eczema, vitiligo, demodicosis, pediculosis, pustular, lichen, seborrhea, etc.), except for acute purulent diseases;

2.8.2.6. Systemic connective tissue lesions (red lupus, dermatomyositis, systemic scleroderma, etc.);

2.8.2.7. Toxoplasmosis, cytomegalovirus infections, diseases associated with the Epstein-Barr virus, herpes infections of any localization, except varicella;

2.8.2.8. бактеріоносійство/вірусоносійство, ВІЛ-інфікування, СНІД та медичні стани, пов'язані із ВІЛ-інфікуванням;

2.8.2.9. цироз печінки, гепатози, хронічні гепатити та вірусні гепатити, за винятком гепатиту А;

2.8.2.10. хвороби обміну речовин (ожиріння, подагра та ін.) та ендокринної системи, в т.ч. цукровий діабет та його ускладнення, крім невідкладних станів; дисгормональні стани (в т.ч. порушення оваріально-менструального циклу), мастопатія, клімактеричний синдром, гіперандрогенія, полікістоз/функціональні кисти яєчників, синдром виснаження яєчників, гіперпролактинемія тощо;

2.8.2.11. туберкульоз; професійні захворювання; саркоїдоз, муковісцидоз; хронічна ниркова недостатність; захворювання, пов'язані з дією іонізуючого випромінювання;

2.8.2.12. доброякісні та злоякісні новоутворення (в т.ч. передракові захворювання: гіперплазія передміхурової залози, фіброміома, гіперплазія ендометрія, дисплазія/ерозія шийки матки; захворювання крові і кровотворної системи тощо);

2.8.2.13. вікові захворювання і дегенеративно-дистрофічні зміни (катаракта, глаукома, деформуючий остеоартроз, остеопороз, остеохондроз і т.п.), крім випадків зняття гострого болю; демієлінізуючі хвороби нервової системи, екстрапірамідні порушення (хвороба/синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз тощо), епілепсія; мігрень, ВСД, НЦД (крім невідкладних станів), хронічні порушення мозкового кровообігу (будь-якого генезу) та енцефалопатії різного походження, наслідки гострих порушень мозкового кровообігу, нейросенсорна приглухуватість;

2.8.2.14. чоловіче та жіноче безпліддя, заходи по регулюванню народжуваності, порушення сексуальної та репродуктивної функції, штучне запліднення, проведення абортів (крім позаматкової вагітності), послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація, імплотенція, звичне не виношування вагітності і т.п.;

2.8.2.15. хронічні захворювання системи кровообігу: хронічні хвороби серця та їх наслідки, в т.ч., ІХС, вроджені чи набуті вади серця, та/чи судин, ГХ будь-якого генезу, кардіоміопатії, варикозна хвороба, вегето-судинна дистонія будь-якої форми тощо;

2.8.2.16. фізіологічні зміни стану здоров'я, в т.ч. вагітність та пологи, стани пов'язані з ними, крім ускладнень, що потребують надання екстреної медичної допомоги при загрозі життю Застрахованої особи до зникнення такої загрози;

2.8.2.17. захворювання, пов'язані з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями;

2.8.2.18. стани, що супроводжуються порушенням фізіологічної мікрофлори організму (дисбактеріоз, дисбіоз в т.ч. вагінальний тощо), глісні інвазії (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз тощо);

2.8.2.19. функціональні розлади органів травлення (дискінезії жовчовивідних шляхів, функціональний закріп, диспанкреатизм, синдром подразненого кишківника тощо);

2.8.2.20. комп'ютерний синдром, синдром сухого ока, міопія, гіперметропія, астигматизм, косоокість, катаракта, макулострофія тощо;

2.8.2.21. аутоімунні (в т.ч. хвороба Крона та НВК) та алергічні хвороби (окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги, а саме: набряк Квінке, анафілактичний шок).

2.8.3. Не відносяться до страхових випадків та/або Страховик не оплачує витрати на:

2.8.3.1. розлади здоров'я, які не вимагають надання екстреної та невідкладної медичної допомоги;

2.8.3.2. стаціонарне лікування з моменту, коли відсутні гострі прояви розладу здоров'я і Застрахована особа може бути виписана з медичного закладу або переведена для амбулаторного лікування;

2.8.3.3. проведення хірургічних втручань щодо трансплантації органів чи тканин, протезування (суглобів, ниркових, периферійних артерій тощо), замороження та пересадки живих клітин, пересадки кісткового мозку тощо;

2.8.3.4. операції на серці й судинах (протезування клапанів, аорто-коронарне шунтування, стентування будь-яких судин тощо); операції із застосуванням апарату штучного кровообігу; планові нейрохірургічні операції; придбання органів для трансплантації, їх пошук, доставка; оплата донорів;

2.8.3.5. інвазивні внутрішньосерцеві процедури (електрофізіологічне дослідження, картування, радіочастотна абляція тощо); коронарографія (окрім екстреної);

2.8.3.6. придбання медичного обладнання/медичних пристроїв, що замінюють або корегують функції органів та потребують додаткової оплати при стаціонарному/амбулаторному лікуванні, в т.ч. медичних інструментів, товарів медичного призначення (крім шприців та систем для в/в інфузій); окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інгаляторів, ортопедичних засобів й посібників тощо;

2.8.3.7. лікування з використанням лазерних технологій, в т.ч. корекція зору та лікування хвороб сітківки; використання барокамери, SPA-капсули;

2.8.3.8. косметичні чи косметологічні послуги, естетичні, реконструктивні оперативні втручання;

2.8.3.9. видалення сірчаних пробок, бородавок, папілом та доброякісних пухлин (ліпом, поліпів, гемангіом та інші), за винятком ускладнених випадків (травмування, нагноєння);

2.8.2.8. Bacteriology/virus carriers, HIV infection, AIDS and medical conditions associated with HIV infection;

2.8.2.9. Liver cirrhosis, hepatosis, chronic hepatitis and viral hepatitis, with the exception of hepatitis A;

2.8.2.10. Metabolic diseases (obesity, gout, etc.) and the endocrine system, including Diabetes mellitus and its complications, except for urgent conditions; Dys hormonal states (including ovarian-menstrual cycle disorder), mastopathy, climacteric syndrome, hyperandrogenism, polycystic/functional ovarian cysts, ovarian depletion syndrome, hyperprolactinemia, etc.;

2.8.2.11. tuberculosis; Occupational diseases; Sarcoidosis, cystic fibrosis; Chronic renal failure; Diseases associated with the action of ionizing radiation;

2.8.2.12. Benign and malignant neoplasms (including precancerous diseases): prostate hyperplasia, fibromyoma, endometrial hyperplasia, dysplasia/erosion of the cervix; Blood and hematopoietic system diseases, etc.;

2.8.2.13. Age-related diseases and degenerative-dystrophic changes (cataracts, glaucoma, deforming osteoarthritis, osteoporosis, osteochondrosis, etc.), except for cases of acute pain; Demyelinating diseases of the nervous system, extrapyramidal disorders (Parkinson's disease/syndrome, Alzheimer's disease, multiple sclerosis, etc.), epilepsy; Migraine, VSD, NDC (except for urgent states), chronic cerebrovascular disorders (any genesis) and encephalopathies of various origins, consequences of acute cerebrovascular disorders, neurosensory hearing loss;

2.8.2.14. Male and female infertility, birth control measures, sexual and reproductive functions, artificial insemination, abortion(except for ectopic pregnancy), family planning services, contraception, sterilization, impotence, habitual miscarriage;

2.8.2.15. Chronic diseases of the circulatory system: chronic heart diseases and their consequences including coronary heart disease, congenital or acquired heart defects or vessels defects, Hypertonic disease of any genesis, cardiomyopathies, varicose disease, vegetative-vascular dystonia of any form., etc.;

2.8.2.16. Physiological changes in the state of health, including Pregnancy and childbirth, conditions associated with them, except complications requiring emergency medical care in case of threat to the life of the Insured person to the disappearance of such a threat;

2.8.2.17. Diseases associated with especially dangerous infections and epidemics;

2.8.2.18. Conditions accompanied by a violation of the physiological microflora of the organism (dysbiosis, dysbiosis including vaginal, etc.), clay invasions (amebiasis, giardiasis, ascariasis, etc.);

2.8.2.19. Functional disorders of the digestive system (dyskinesia of the biliary tract, functional fascicula, dispanectasis, irritable bowel syndrome, etc.);

2.8.2.20. Computer syndrome, dry eye syndrome, myopia, hypermetropia, astigmatism, strabismus, cataracts, makulodistrofiya, etc.;

2.8.2.21. Autoimmune (including Crohn's disease and NSAIDs) and allergic diseases (except emergency conditions requiring emergency care, such as Queen's edema, anaphylactic shock).

2.8.3. Not related to insurance cases and/or the Insurer does not pay for:

2.8.3.1. Health disorders that do not require emergency and emergency medical care;

2.8.3.2. Inpatient treatment from the moment when there is no severe manifestation of the health disorder and the Insured person can be discharged from a medical institution or transferred to outpatient treatment;

2.8.3.3. Conducting surgical interventions for the transplantation of organs or tissues, prosthetics (joints, renal, peripheral arteries, etc.), freezing and transplantation of living cells, bone marrow transplants, etc.;

2.8.3.4. Operations on the heart and vessels (prosthetics of valves, aorto-coronary bypass, stenting of any vessels); Operations using an artificial blood circulation device; Planned neurosurgical operations; Procurement of organs for transplantation, their search, delivery; payment of donors;

2.8.3.5. Invasive intra-cardiac procedures (electrophysiological research, mapping, radio frequency ablation, etc.); Coronary angiography (except for emergency);

2.8.3.6. The purchase of medical equipment/medical devices that replace or correct the functions of the organs and require additional payment for inpatient/outpatient treatment, incl. Medical instruments, medical supplies (except for syringes and systems for intravenous infusions); glasses, contact lenses, hearing aids, inhalers, orthopedic remedies and manuals, etc.;

2.8.3.7. Treatment using laser technology, including Correction of vision and treatment of retinal diseases; Use of baroque chambers, SPA-capsules;

2.8.3.8. Cosmetic or cosmetic services, aesthetic, reconstructive surgical interventions;

2.8.3.9. Removal of sulfuric tubes, warts, papillomas and benign tumors (lip, polyps, hemangiomas, etc.), except for complicated cases (trauma, suppuration);

2.8.3.10. лікування симптомів, ознак хвороби та неточно визначених станів, до моменту постановки остаточного діагнозу (крім випадків зняття гострого болю та надання невідкладної допомоги);

2.8.3.11. медичні послуги, пов'язані з уточнюючою діагностикою захворювань, в т.ч. уточнення типу, стадії, форми захворювання та визначення методу лікування, окрім випадків, коли лікуючим лікарем встановлено діагноз під питанням, що вимагає проведення диференційної діагностики між кількома захворюваннями. Страховик оплачує тільки ті діагностичні заходи, які спрямовані на діагностику захворювань/станів, що не є виключеннями;

2.8.3.12. медикаменти, призначені з метою профілактики,

2.8.3.13. біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори/ імуностимулятори (в т.ч. препарати імуностимулюючої та імуномодельючої дії), імуноглобуліни, пробіотики (в т.ч. препарати що сприяють нормалізації мікрофлори кишківника), стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор тощо), ферменти загальної дії (вобензим, серата тощо);

2.8.3.14. послуги та товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностики або лікування;

2.8.3.15. статини, цитостатики, хондропротектори (в т.ч. препарати хондропротекторної дії), гепатопротектори, урсофальк, гомеопатичні препарати, БАДи, простагландини та інші преларати, які є не основними в схемі лікування;

2.8.3.16. медикаментозні препарати, необхідні для лікування супутніх захворювань поза загостренням та/або зі списку виключень;

2.8.3.17. використання методів нетрадиційної медицини, в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, гомеопатія, рефлексотерапія, мануальна терапія тощо;

2.8.3.18. лікування тканин пародонту апаратом "Вектор" тощо;

2.8.3.19. отримання Застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику;

2.8.3.20. медикаментозне лікування тривалістю більше 30 (тридцяти) днів з дня звернення;

2.8.3.21. вартість санаторно-курортного та реабілітаційного лікування, фізіотерапевтичних процедур, а також вартість дезінфікуючих засобів, предметів гігієни, шампунів, кремів, паст тощо;

2.8.3.22. вартість проведення діагностики (в т.ч. комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії), окрім випадків обґрунтованості їх призначення (невідкладні стани – інсульт, травми тощо), коли призначена діагностика є необхідною для визначення схеми лікування з приводу основного страхового діагнозу;

2.8.3.23. вартість підтримуючої/замісної (в т.ч. гормональної та метаболічної), пригнічуючої терапії при лікуванні захворювань і станів, що вимагають тривалого застосування, у т.ч. цукровий діабет, гіпотиреоз, клімакс, синдром виснажених яєчників, ендометріоз тощо;

2.8.3.24. вартість медичних послуг чи медичних препаратів, які не дозволені та/або не зареєстровані в Україні;

2.8.3.25. лабораторні дослідження в амбулаторно-поліклінічних умовах: серологічні, імунологічні, гормональні (більше 4-х гормонів протягом строку дії Договору), імунограма, алергопроби/алергологічна панель, онкомаркери, ліпідограма, ПЛР-діагностика, денситометрія, генетичні дослідження; планова діагностика гомеостазу організму, десенсибілізуюча терапія при алергозах тощо;

2.8.3.26. отримані Застрахованою особою медичні послуги в медичних закладах, що не визначені Умовами та Договором, без попереднього узгодження зі Страховиком;

2.8.3.27. медичні довідки на вимогу різного роду організацій і підприємств (огляд водіїв, надання довідок для дошкільних і навчальних установ, тести на професійну придатність, довідки для органів міліції, довідки в басейн та інше), профілактичні огляди;

2.8.3.28. будь-яку ендоскопічну діагностику та лікування, крім випадків коли це необхідно за життєвими показаннями.

2.8.4. **Страховик не відшкодує витрати, пов'язані з:**

2.8.4.1. нервовими захворюваннями, психічними захворюваннями, а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями;

2.8.4.2. хворобами крові та кровотворних органів, імунодефіцитними станами;

2.8.4.3. гострою та хронічною променевою хворобою;

2.8.4.4. будь-якими розладами здоров'я, ускладненнями, що сталися через самолікування, невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічними діями ліків, що не були призначені лікарем, побічними діями харчових добавок тощо;

2.8.4.5. захворюваннями та розладами органів слуху;

2.8.4.6. медичними оглядами, що не є наслідками гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, а також наданням послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування;

2.8.4.7. проведенням профілактичних вакцинацій, медичних експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;

2.8.3.10. Treatment of symptoms, signs of illness and inaccurate conditions, until the final diagnosis is made (except for acute pain relief and emergency care);

2.8.3.11. Medical services related to specifying diagnostics of diseases, including Specification of the type, stage, form of the disease and determination of the method of treatment, except when a physician is diagnosed with a question requiring a differential diagnosis between several diseases. The Insurer pays only those diagnostic measures that are aimed at the diagnosis of diseases/conditions, which are not exceptions;

2.8.3.12. Medicines intended for the prevention,

2.8.3.13. Biostimulants, vaccines, multivitamins, immunomodulators/ immunostimulants (including immunostimulant and immunomodulatory drugs), immunoglobulins, probiotics (including drugs that help normalize the intestinal microflora), general stimulants (Bitner, Vigor balm, etc.) Enzymes of general action (vobenzim, serat, etc.);

2.8.3.14. Services and products that are not medically necessary for diagnosis or treatment;

2.8.3.15. Statins, cytostatics, chondroprotectors (including chondroprotective agents), hepatoprotectors, ursophalc, homeopathic remedies, BAAs, prostaglandins and other drugs which are not essential in the treatment regimen;

2.8.3.16. Medicinal preparations necessary for the treatment of concomitant illnesses without exacerbation and/or from the list of exceptions;

2.8.3.17. Use of methods of non-traditional medicine, including Hypnosis, psychotherapy, iridiodiagnostics, biocorrection, homeopathy, reflexotherapy, manual therapy, etc.;

2.8.3.18. Treatment of periodontal tissues by "Vector" apparatus, etc.;

2.8.3.19. Receipt by the Insured of services from persons not entitled to medical practice;

2.8.3.20. Medical treatment lasting more than 30 (thirty) days from the date of treatment;

2.8.3.21. The cost of sanatorium and resort and rehabilitation treatment, physiotherapy procedures, as well as the cost of disinfectants, hygiene products, shampoos, creams, pastes, etc.;

2.8.3.22. Cost of conducting diagnostics (including computer and magnetic resonance imaging), except for cases of justification of their appointment (urgent states – stroke, injuries, etc.), when the prescribed diagnosis is necessary for determining the treatment scheme for the main insurance diagnosis;

2.8.3.23. The cost of supportive/substitution (including hormonal and metabolic), suppressing therapy in the treatment of diseases and conditions requiring prolonged use, incl. diabet, gipotireoz, Climacteric syndrome, exhausted ovarian syndrome, endometriosis, etc.;

2.8.3.24. The cost of medical services or medicines that are not authorized and/or not registered in Ukraine;

2.8.3.25. Laboratory research in outpatient-polyclinic conditions: serological, immunological, hormonal (more than 4 hormones during the term of the Agreement), immunogram, allergy/allergic panel, oncomarkers, lipidogram, PCR-diagnostics, densitometry, genetic research; Planned diagnosis of homeostasis of the body, desensitizing therapy for allergic diseases, etc.;

2.8.3.26. Medical services received by the Insured person in medical establishments not specified by the Terms and the Agreement without prior agreement with the Insurer;

2.8.3.27. Medical certificates at the request of various organizations and enterprises (inspection of drivers, providing information for preschool and educational institutions, tests for professional suitability, certificates for police authorities, certificates to the pool, etc.), preventive examinations.

2.8.3.28. any endoscopic diagnosis and treatment, except when it is necessary for vital health reasons.

2.8.4. **The Insurer does not reimburse** the costs associated with:

2.8.4.1. Nervous diseases, mental illnesses, as well as traumatic injuries associated with them;

2.8.4.2. Diseases of blood and hematopoietic organs, immunodeficiency states;

2.8.4.3. Acute and chronic radiation sickness;

2.8.4.4. Any health disorders, complications arising from self-medication, non-compliance with the recommendations of the treating physician, side effects of medications that were not prescribed by the doctor, side effects of dietary supplements, etc.;

2.8.4.5. Diseases and disorders of the hearing;

2.8.4.6. Medical examinations that are not consequences of acute pain, sudden illness and bodily injury, as well as the provision of services that are not reasonably necessary or urgent from a medical point of view, or are not part of the treatment prescribed by the physician;

2.8.4.7. Carrying out of preventive vaccinations, medical examinations and laboratory investigations not related to an insurance case;

2.8.4.8. всіма видами пластичних та косметичних операцій та процедур, всіма видами протезування;

2.8.4.9. наданням стоматологічної допомоги за винятком екстреної допомоги;

2.8.4.10. придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпеченням дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;

2.8.4.11. медичними або додатковими послугами чи медикаментозним забезпеченням, що перевищують достатні та обґрунтовані розміри їх оплати;

2.8.4.12. на коригувальне, фізіотерапевтичне або реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та в інших курортних закладах; лікуванням нетрадиційними методами;

2.8.4.13. послугами, які можна відкласти до повернення в країну постійного проживання (за межами України), в т.ч. проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування.

2.9. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (на додаток до п.1.7 Умов):

2.9.1. довідки-рахунку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, призначені медикаментозно-діагностичні засоби із зазначенням їх кількості та вартості;

2.9.2. рецептів на придбання медикаментів, виписаних Застрахованій особі лікуючим лікарем, засвідчених підписом і штампом, із зазначеними: прізвищем пацієнта, діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, назвою та кількістю кожного медичного препарату;

2.9.3. деталізованих рахунків за інші послуги з розбивкою їх за датами та вартістю, вказаною сумою до оплати;

2.9.4. документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки).

2.10. Визначення розміру страхової виплати.

2.10.1. Якщо Застрахована особа користувалася медичними чи додатковими послугами, організованими Асистуючою компанією або Страховиком, розрахунки за надані послуги здійснюються без участі Застрахованої особи.

2.10.2. У разі самостійної оплати Застрахованою особою наданих медичних чи додаткових послуг Страховик відшкодовує письмово обґрунтовані та підтвержені відповідними документами витрати, що не перевищують **200 (двісті) грн.** за час дії Договору. Витрати, що перевищують зазначений ліміт, Страховик має право не відшкодовувати, якщо з ним або Асистуючою компанією не було попередньо погоджено здійснення таких витрат.

3. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

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

3.2. Вигодонабувач Застрахованої особи: у разі її смерті – спадкоємець(ці) за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності – опіку; у разі розладу здоров'я – Застрахована особа.

3.3. Страховим ризиком є настання нещасного випадку з Застрахованою особою.

3.4. Страховими випадками є настання внаслідок страхового ризику таких подій:

3.4.1. смерть Застрахованої особи (випадок "**СМЕРТЬ**");

3.4.2. тимчасовий розлад здоров'я Застрахованої особи (випадок "**ТРАВМА**").

3.5. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує:

3.5.1. у випадку "Смерть" – 100% страхової суми;

3.5.1.1. якщо нещасний випадок призвів до випадку "Травма" і Застрахованій особі була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж нещасного випадку протягом 6 (шести) місяців від дати його настання, незалежно від дати закінчення дії Договору, настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому п.3.5.1 Умов за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати;

3.5.2. у випадку "Травми" – 0,5% страхової суми за кожен добу непрацездатності Застрахованої особи, починаючи з 5 (п'ятої) доби непрацездатності, але не більше 30% страхової суми за кожним окремим страховим випадком.

3.6. Виключення із страхових випадків (на додаток до п.1.3 Умов):

3.6.1. Не визнаються страховими випадками події, що настали внаслідок:

3.6.1.1. захворювання Застрахованої особи;

3.6.1.2. перенесених Застрахованою особою раніше травм та захворювань, що підтверджено висновком медичної установи;

3.6.1.3. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

2.8.4.8. All types of plastic and cosmetic operations and procedures, all types of prosthetics;

2.8.4.9. Provision of dental care with the exception of emergency care;

2.8.4.10. The acquisition of general-fixing preparations, hygiene products, baby food, provision of metered dose inhalers for the removal of bronchospasm, spacers, nebulizers;

2.8.4.11. Medical or ancillary services or medical supplies exceeding the sufficient and substantiated amounts of their payment;

2.8.4.12. On corrective, physiotherapeutic or rehabilitation treatment, treatment at resorts, sanatoria, rest homes and other resort facilities; Treatment by non-traditional methods;

2.8.4.13. Services that can be postponed to return to a country of permanent residence (outside of Ukraine), incl. Carrying out of surgical operations, which at this stage may replace the course of conservative treatment.

2.9. Documents proving the occurrence of an Insured event and the amount of expenses (in addition to item 1.7 of the Terms):

2.9.1. Medical certificate (on a letterhead or with a corresponding stamp) with the following: the name of the patient, the exact diagnosis, the date of the application for medical aid, the duration of treatment, the detailed data on the provided medical services, prescribed medical diagnostic means with their number and Value;

2.9.2. Recipes for the purchase of medicines issued by the Insured person to the Insured person, certified by a signature and a stamp, with the following: the patient's last name, diagnosis, date of the application for medical assistance, the name and amount of each medicinal product;

2.9.3. Detailed accounts for other services, broken down by dates and cost, by the indicated amount before payment;

2.9.4. Documents confirming the fact of payment for medicines, provided medical and other services (settlement and cash documents, merchandise checks);

2.10. Determine the size of the insurance payout.

2.10.1. If the Insured has used medical or ancillary services organized by the Assisting Company or the Insurer, payments for the services provided are made without the participation of the Insured Person.

2.10.2. In case of self-payment by the Insured person of the medical or additional services provided, the Insurer shall reimburse the written expenses, which are substantiated and confirmed by the relevant documents, not exceeding **200 (two hundred) UAH** during the term of the Agreement. Expenditures exceeding this limit, the Insurer shall be entitled not to indemnify, if he or the Assisting Company has not been previously agreed to such expenses.

3. ADDITIONAL TERMS OF ACCIDENTS INSURANCE

3.1. The subject of the Agreement is property interests, that do not contradict the law, connected with the life, health and working capacity of the Insured person.

3.2. Beneficiary of the Insured person: in case of her death – the heir (these) by law, will or inheritance agreement; In case of loss of capacity – guardian; In the case of a health disorder – the Insured person.

3.3. Insurance risk is the occurrence of an accident with the Insured person.

3.4. Insurance cases are the offensive due to the insurance risk of such events:

3.4.1. Death of the Insured person (case "**DEATH**");

3.4.2. Temporary disorder of the Insured's health (case "**INJURY**").

3.5. Upon occurrence of an insurance case, the Insurer shall reimburse:

3.5.1. In the case of "Death" – 100% of the sum Insured;

3.5.1.1. If the accident resulted in case "Injury" and the Insured person was Insured, and in the future, after the consequences of the same accident, within 6 (six) months from the date of its occurrence, irrespective of the date of expiration of the Agreement, the Insured person's death, insurance indemnity is carried out in the amount stipulated by item 3.5.1 of the Terms less the insurance premiums previously paid;

3.5.2. In the case of "Injury" – 0.5% of the sum Insured for each day of incapacity of the Insured person, starting from the 5 (fifth) day of incapacity, but not more than 30% of the sum Insured for each individual Insured event.

3.6. Exemptions from insurance claims (in addition to item 1.3 of the Terms):

3.6.1. Insured events are not recognized as a result of:

3.6.1.1. The disease of the Insured person;

3.6.1.2. Transferred by the Insured person before injuries and diseases, which is confirmed by the conclusion of the medical institution;

3.6.1.3. Failure by the Insured person to follow the doctor's recommendations, which led to deterioration of her health.

3.6.2. Страховик не відшкодовує витрат на пошук, рятування, лікування, транспортування до лікарні або до місця проживання потерпілої Застрахованої особи.

3.6.3. Дія страхового захисту не поширюється на події, що трапилися під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнане незаконними.

3.6.4. Не є страховим випадком: розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання; зникнення Застрахованої особи безвісти.

3.7. Дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку (на додаток до п.1.6 Умов). Застрахована особа (Страховальник, Вигодонабувач) зобов'язаний:

3.7.1. повідомити Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів про смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про травматичне ушкодження.

3.8. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (на додаток до п.1.7 Умов):

3.8.1. акт про нещасний випадок форми Н-1 (на виробництві) або НТ (в побуті), якщо такий акт був складений;

3.8.2. у випадку "Смерті":

3.8.2.1. свідоцтво про смерть;

3.8.2.2. довідка лікувального закладу про причину смерті;

3.8.2.3. матеріали компетентних органів про розслідування причин смерті;

3.8.2.4. документ, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

3.8.3. у випадку "Травми" – історія хвороби, виписний епікриз із зазначенням прізвища Застрахованої особи діагнозу, дати звернення та тривалості лікування, засвідчений печаткою лікаря та медичного закладу.

3.6.2. The Insurer does not reimburse the cost of searching, rescuing, treating, transporting to the hospital or to the place of residence of the injured Insured person.

3.6.3. The action of insurance protection does not apply to events that occurred during arrest, detention and other operational investigative actions, as defined by the Criminal Procedure Code of Ukraine, except when such detention, arrest, detention is considered illegal.

3.6.4. Not an insurance case: the death of the Insured person from illnesses that were not a consequence of an accident; The disappearance of the Insured person is unknown.

3.7. Actions at the onset of an event that has signs of an Insured event (in addition to item 1.6 of the Terms). The Insured person (Insured, Beneficiary) is obliged:

3.7.1. To inform the Insurer within 5 (five) working days of the death of the Insured person, if only a traumatic injury has been reported.

3.8. Documents proving the occurrence of an Insured event and the amount of expenses (in addition to item 1.7 of the Terms):

3.8.1. An act about an accident of the form H-1 (in production) or NT (in everyday life), if such an act was drawn up;

3.8.2. In the case of Death:

3.8.2.1. death certificate;

3.8.2.2. Certificate of the medical institution about the cause of death;

3.8.2.3. Materials of the competent authorities to investigate the causes of death;

3.8.2.4. A document certifying the right to inherit the person who applied for an insurance payment;

3.8.3. In the case of "Injuries" – the history of the disease, the written epicrisis, indicating the name of the Insured person, the diagnosis, the date of treatment and the duration of treatment, certified by the seal of the doctor and the medical institution.

4. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ ЗА ВІДШКОДУВАННЯ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВИКОНАННЯМ РІШЕННЯ ПРО ВИДВОРЕННЯ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ

4.1. **Предметом Договору** є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з відшкодуванням Страховальником заповдіяної ним шкоди Третій особі.

4.2. **Вигодонабувачем** за Договором є Третя особа.

4.3. **Страховим ризиком** є прийняття уповноваженим державним органом рішення про видворення або судом постанови про адміністративне видворення Страховальника за межі України внаслідок втрати Страховальником (Застрахованою особою) підстав для законного перебування в Україні.

4.4. **Страховий випадок** – необхідність виконання рішення про видворення за межі України Страховальника, внаслідок настання страхового ризику.

4.5. Страховий захист за Договором не надається на період виїзду Страховальника за межі України на законних підставах. При цьому строк дії Договору залишається незмінним.

4.6. Виключення із страхових випадків (на додаток до п.1.3 Умов):

4.6.1. **Не визнаються страховими випадками події**, що настали внаслідок:

4.6.1.1. навмисних чи злочинних дій Вигодонабувача, спрямованих на настання страхового випадку;

4.6.1.2. змови між Страховальником і Вигодонабувачем, що спрямована на настання страхового випадку;

4.6.2. **Не підлягають відшкодуванню** витрати, пов'язані із задоволенням претензій про компенсацію: моральної шкоди; упущеної вигоди; штрафів, пені, неустойки та інших фінансових санкцій, пред'явлених Страховальнику.

4.7. Дії Застрахованої особи при настанні події, що має ознаки страхового випадку (на додаток до п.1.6 Умов):

4.7.1. протягом 2 (двох) робочих днів, письмово повідомити Страховика про подію та надалі керуватись інструкціями Страховика;

4.7.2. якнайшвидше надати Страховику копію претензії (листа, судового розпорядження, позовної вимоги, сповіщення арбітражу, виклику до суду, повідомлення, судової повістки), інших документів, отриманих у зв'язку з претензією;

4.7.3. надати всі необхідні документи, що підтверджують факт, обставини, причини виникнення та розмір збитку впродовж 3 (трьох) робочих днів з дати отримання письмового рішення або постанови суду про примусову депортацію з території України;

4.7.4. без згоди Страховика не оформляти будь-яких заяв, не підписувати документів, які підтверджують вину Страховальника та розмір заповдіяних збитків, та не відшкодовувати збитки;

4.7.5. за вимогою Страховика надати йому права на одержання записів, документації та іншої інформації, пов'язаної з вимогою та страховим випадком;

4. ADDITIONAL TERMS OF THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE FOR REIMBURSEMENT OF EXPENSES RELATED TO THE IMPLEMENTATION OF THE DECISION ON EXPULSION OUTSIDE UKRAINE

4.1. **The subject of the Agreement** is property interests that do not contradict the law and are related to the indemnification by the Insured of the damage caused to him by a Third person.

4.2. **The Beneficiary** under the Agreement is a Third Person.

4.3. **Insurance risk** is the decision by the authorized state body to take a decision on the expulsion or court decision on the administrative expulsion of the Insured beyond Ukraine due to the loss of the Insured (Insured Person) grounds for legal stay in Ukraine.

4.4. **Insurance case** – the necessity to execute a decision on expulsion outside Ukraine of the Insured, as a result of the onset of insurance risk.

4.5. Insurance coverage under the Agreement is not granted for the period of departure of the Insured beyond the borders of Ukraine on legal grounds. At the same time, the term of the Agreement remains unchanged.

4.6. Exemptions from insurance claims (in addition to item 1.3 of the Terms):

4.6.1. **Insured events are not recognized** as a result of:

4.6.1.1. Intentional or criminal actions of the Beneficiary, aimed at the occurrence of an Insured event;

4.6.1.2. Conspiracy between the Insured and the Beneficiary, aimed at the occurrence of an Insured event;

4.6.2. **Not subject to indemnity**, expenses related to the satisfaction of claims for compensation: non-pecuniary damage; Lost profits; Fines, penalties, penalties and other financial sanctions, brought to the Insured.

4.7. Actions of the Insured person in the event of an event that has signs of an Insured event (in addition to item 1.6 of the Terms):

4.7.1. Within 2 (two) working days, inform the Insurer in writing about the event and continue to follow the instructions of the Insurer;

4.7.2. As soon as possible provide the Insurer with a copy of the claim (letter, court order, claim, notification of arbitration, summons to court, notice, court summons), other documents received in connection with the claim;

4.7.3. Provide all necessary documents confirming the fact, circumstances, reasons for the occurrence and amount of damage within 3 (three) working days from the date of receipt of the written decision or order of the court on forced deportation from the territory of Ukraine;

4.7.4. Without the consent of the Insurer not to make any applications, not to sign documents confirming the guilt of the Insured and the size of the damages, and not to indemnify losses;

4.7.5. At the request of the Insurer to grant him the right to receive records, documentation and other information related to the claim and the Insured event;

4.8. Документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат (на додаток до п.1.7 Умов):

4.8.1. рішення уповноваженого органу про примусове видворення Страхувальника (із зазначенням підстав прийняття та наслідків невиконання такого рішення) та/або постанова адміністративного суду про примусове видворення Страхувальника за межі України;

4.8.2. копії документів, на підставі яких було винесено судове рішення та які відносяться до судового розгляду;

4.8.3. копія акту про фактично здійснені витрати на примусове видворення іноземця, складеного в порядку встановленому Інструкцією при примусове повернення і примусове видворення з України іноземців та осіб без громадянства, затвердженою спільним Наказом МВС України, АДПС України, СБУ від 23.04.2012 р. №353/271/150;

4.8.4. кошторис витрат, необхідних для виконання рішення про видворення Страхувальника випадку (вартість проїзних документів; вартість утримання в спеціальній установі відповідних органів; вартість оформлення документів та вчинення інших дій, пов'язаних з видворенням тощо), складений в порядку встановленому Інструкцією при примусове повернення і примусове видворення з України іноземців та осіб без громадянства затвердженою спільним Наказом МВС України, АДПС України, СБУ від 23.04.2012 р. №353/271/150;

4.8.5. акт врегулювання претензії Третьої особи до Страхувальника, що погоджений зі Страховиком, за його наявності;

4.8.6. акт експертизи, що проведена незалежною експертною організацією, за її наявності;

4.8.7. документи, що підтверджують витрати Страхувальника на врегулювання претензії (якщо такі здійснювалися за згодою Страховика).

4.9. Визначення розміру страхового відшкодування:

4.9.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування в розмірі, передбаченому рішенням суду або уповноваженого органу про примусове видворення Страхувальника, але не більше страхової суми за Договором та за вирахуванням франшизи.

4.8. Documents proving the occurrence of an Insured event and the amount of expenses (in addition to item 1.7 of the Terms):

4.8.1. the decision of the authorized body on forced expulsion Insured (decision indicating the reasons and consequences of the failure of this decision) and/or administrative court ruling on forced Insured expulsion outside Ukraine;

4.8.2. Copies of the documents on the basis of which the court decision was made and which relate to the trial;

4.8.3. a copy of the act of actually incurred charges for forced expulsion of a foreigner, composed in the manner prescribed by the Regulations under the forced return and forced expulsion from Ukraine of foreigners and stateless persons approved by the joint decree of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine, Administration of the State Border Service of Ukraine, Security Service of Ukraine was on 23.04.2012 №353/271/150;

4.8.4. estimate of the expenditure required to implement the decision on expulsion case the Insured (the cost of travel documents, the cost of maintenance in an institution relevant authorities, the cost of paperwork and other actions related to expulsion, etc.) prepared in the manner prescribed by the Regulations under the forced return and forced Ukraine expulsion of foreigners and stateless persons approved by the joint decree of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine, Administration of the State Border Service of Ukraine, Security Service of Ukraine was on 23.04.2012 №353/271/150;

4.8.5. An act of settlement of a claim of a Third person to the Insured, agreed with the Insurer, if any;

4.8.6. An act of examination conducted by an independent expert organization, if any;

4.8.7. Documents confirming the expenses of the Insured for settling the claim (if such were carried out with the consent of the Insurer).

4.9. Determining the amount of insurance indemnity:

4.9.1. The Insurer pays insurance compensation in the amount prescribed by a court or competent authority of forced expulsion Insured but not exceeding the sum Insured under the Agreement and net deductible.