ПУБЛІЧНА ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ/ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ, ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ. ПРОГРАМА «VECTOR». ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА ДОГОВОРУ (надалі – ПЧД).

Затверджено наказом Голови Правління
ПрАТ «СК «Перша №68-ОД від «13» травня 2024 року
Наталія ВАСИЛИНА

PUBLIC OFFER FOR THE CONCLUSION OF AN (ELECTRONIC) VOLUNTARY POLICY IN INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES AND ACCIDENT INSURANCE, FOR TRAVELERS OUTSIDE UKRAINE. VECTOR PROGRAM. PUBLIC POLICY (hereinafter – PP).

APPROVED By order of the Chairman of the Board
Joint-Stock Company "Insurance company "Persha"
from May 13 2024 year No. 68-OD
Nataliia VASYLYNA

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Публічна оферта щодо укладання електронного Договору/Договору добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків подорожуючих за межі України за Програмою «VECTOR» (надалі – «Оферта») є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова Компанія «Перша» (надалі – «Страховик»), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (надалі – «Клієнти»), укласти зі Страховиком електронний Договір добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків подорожуючих за межі України. Програма «VECTOR».

1.2. Реквізити Страховика: повна назва - Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «Перша», скорочена назва - ПрАТ «СК «Перша»; адреса: вул. Фізкультури, буд. 30, м. Київ, 03150, Україна; код ЄДРПОУ 31681672; сторінка в інтернет-мережі (веб-сайт): https://persha.ua; адреса електронної пошти: office@persha.ua. Страховик є платником податку на прибуток на загальних підставах, встановлених для страхових компаній відповідно до Податкового кодексу України.

1.3. Клієнт - дієздатна фізична особа, яка розглядає можливість укладання електронного Договору добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків подорожуючих за межі України за Програмою «VECTOR» (надалі – Договір) відповідно до умов цієї Оферти.

1.4. Ця Оферта нумерується та затверджується Страховиком, оприлюднюється та є доступною для ознайомлення на власному веб-сайті Страховика за наступним посиланням: https://persha.ua.

1.5. Ця Оферта є стандартною формою (в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України), яку може акцептувати Клієнт шляхом приєднання до Договору в цілому. Ця Оферта складена відповідно до законодавства України, в тому числі Закону України «Про страхування», Цивільного кодексу України, Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

1.6. Страхувальник – Клієнт (дієздатна фізична особа), який уклав зі Страховиком Договір в порядку, визначеному цією Офертою.

1.7. Сторони Договору – Страхувальник та Страховик разом, кожен окремо – Сторона.

1.8. Договір, укладений між Страховиком та Страхувальником, складається з цієї Оферти (Публічної частини Договору) та Індивідуальної частини Договору (надалі – ІЧД), що є невід'ємними одна від одної та складають єдиний документ.

1.9. Договір між Сторонами укладається шляхом підписання Сторонами Індивідуальної частини Договору (шляхом приєднання), підписанням якої Клієнт приєднується до Договору в цілому. Інформація про Страхувальника та Вигодонабувача зазначається в ІЧД. Датою укладення Договору є дата підписання Клієнтом ІЧД за допомогою одноразового ідентифікатора/власноручного підпису.

1.10. Договір підписується Страховиком шляхом нанесення на нього факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтворення відбитка печатки Страховика, нанесених за допомогою засобів копіювання/власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та нанесення відбитка печатки Страховика.

1. GENERAL CONDITIONS

1.1 This Public Offer for the conclusion of an (Electronic) Policy in Insurance of Medical Expenses and Accident Insurance for Travelers Outside Ukraine under the "VECTOR" program (hereinafter referred to as Offer) is an official offer of the Private Joint Stock Company "Insurance Company "Persha" (hereinafter – Insurer), which is addressed to an unspecified circle of consumers - able-bodied individuals (hereinafter – "Clients") to conclude with the Insurer Electronic Voluntary Medical Expenses and Accident Insurance Agreement, for Travelers Outside Ukraine. "VECTOR" program.

1.2 Details of the Insurer: full name - Private Joint Stock Company "Insurance Company "Persha", abbreviated name – "IC "Persha" PJSC; address: 30 Fizkultury Street, Kyiv 03150, Ukraine; EDRPOU code 31681672; Internet page (website): https://persha.ua; email: office@persha.ua. The insurer is a payer of income tax on the general basis established for insurance companies in accordance with the Tax Code of Ukraine.

1.3 The client is an able-bodied natural person who is considering the possibility of concluding an Electronic Policy in Insurance of Medical Expenses and Accidents Insurance for travelers outside Ukraine under the "VECTOR" Program (hereinafter referred to as the Policy) in accordance with the terms of this Offer.

1.4 This Offer is numbered and approved by the Insurer, published and is available for review on the Insurer's own website at the following link: https://persha.ua.

1.5 This Offer is a standard form (in the sense of Article 634 of the Civil Code of Ukraine), which can be accepted by the Client by accession the Policy as a whole. This Offer is drawn up in accordance with the legislation of Ukraine, including the Law of Ukraine "On Insurance", the Civil Code of Ukraine, the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets".

1.6 The Insured is the Client (physical person of legal capacity) who has entered into a Policy with the Insurer in accordance with the procedure specified in this Offer.

1.7 The parties to the Policy are the Insured and the Insurer together, each of them individually is a Party.

1.8 The policy concluded between the Insurer and the Insured consists of this Offer (Public Policy) and the Individual Policy (hereinafter referred to as the ICP), which are inseparable from each other and constitute a single document.

1.9 The Policy between the Parties is concluded by signing the Individual Policy (by accession), by signing which the Client accesses the Policy as a whole. Information about the Insured and the Beneficiary is indicated in by the Parties in the IP. The date of conclusion of the Policy is the date of signing of the IP by the Client using a one-time identifier/handwritten signature.

1.10 The Policy is signed by the Insurer by putting on it a facsimile reproduction of the signature of the authorized person of the Insurer and reproduction of the Insurer's seal sample, applied using copying means/handwritten signature of the authorized person of the Insurer and the Insurer's seal sample.

1.11. Безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Оферти Клієнтом вважається підписання ІЧД електронним підписом із застосуванням одноразового ідентифікатора (введення пароля, отриманого на засіб мобільного зв'язку)/власноручне підписання та сплата у повному обсязі страхового платежу на рахунок Страховика. Датою сплати вважається дата зарахування грошових коштів на рахунок Страховика. Підписання Клієнтом Індивідуальної частини Договору одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Клієнтом Договору у відповідності до вимог статті 12 Закону України «Про електронну комерцію».

1.12. Примірник укладеної Індивідуальної частини Договору (з номером, присвоєним Страховиком) надається Страхувальнику шляхом направлення її на адресу електронної пошти Страхувальника та/або на засіб мобільного зв'язку із застосуванням контактних даних, зазначених Страхувальником в Індивідуальній частині Договору/Примірник укладеної Індивідуальної частини Договору надаються Страхувальнику на паперовому носії.

1.13. Підписанням Індивідуальної частини Договору, Страхувальник підтверджує, що:

1.13.1. Має необхідний обсяг дієздатності для укладення Договору.

1.13.2. З Правилами та умовами страхування (визначеними в Індивідуальній частині Договору та Публічній частині Договору) ознайомлений, згодний, всі умови страхування є зрозумілими.

1.13.3. До підписання Індивідуальної частини Договору Страхувальнику надано та належним чином роз'яснено інформацію, що зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» №2664-III від 12.07.2001.

1.13.4. Надає згоду на отримання Договору, пропозицій про внесення змін/доповнень до укладеного Договору на електронну адресу та/або на засіб мобільного зв'язку.

1.13.5. Надає згоду на підписання Страховиком ІЧД та на використання в усіх без виключення договірних відносинах зі Страхувальником, при здійсненні переписки з ним, в тому числі ділової, при посвідченні документів від імені Страховика особистого підпису уповноваженої на такі дії особи або факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтворення відбитка печатки Страховика, нанесених за допомогою засобів копіювання, наведених нижче:

1.14. Уповноважена особа Страховика	Зразок підпису уповноваженої особи та печатки
Голова Правління ПрАТ «СК «Перша» Наталія Василина	

1.15. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»: ознайомлений із правами, що має Страхувальник відповідно до змісту статті 8 Закону України «Про захист персональних даних», та дає згоду Страховику на обробку та використання персональних даних Страхувальника виключно з метою та в межах виконання вимог законодавства України, посвідчує, що повідомлення про включення даних про Страхувальника до бази персональних даних клієнтів Страховика отримано.

1.16. Договір укладається на підставі:

1.16.1. Правил добровільного страхування медичних витрат №13 (нова редакція), затверджених 30.05.2023;

1.16.2. Правил добровільного страхування від нещасних випадків №10 (нова редакція), затверджених 30.05.2023 (надалі разом – Правила);

1.16.3. Ліцензії на здійснення діяльності із страхування, відомості про яку, розміщено за посиланням: https://persha.ua/about/litsenzii-ta-publichni-oferty.

1.17. Фіксація підписання ІЧД Страхувальником здійснюється Страховиком в електронному вигляді та зберігається в ІТС

1.11 The unconditional adoption (acceptance) of the terms of this Offer by the Client is considered to be the signing of IP with an electronic signature using a one-time identifier (entering a password received on a mobile communication device) / hand-written signing and full payment of the insurance payment to the account of the Insurer. The date of payment is the date when the funds are credited to the Insurer's account. The signing by the Client of the IP with a one-time identifier is considered to be the proper signing of the Policy by the Client in accordance with the requirements of Article 12 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce".

1.12 A copy of the concluded IP (with a number assigned by the Insurer) is provided to the Insured by sending it to the Insured's e-mail address and/or to a mobile device using the contact data specified by the Insured in the IP / A copy of the concluded IP is provided to the Insured on paper medium.

1.13 By signing the IP, the Insured confirms that they:

1.13.1 have the necessary legal capacity to conclude the Agreement;

1.13.2 have read and agree with the Rules and Conditions of Insurance (defined in the Individual Policy and the Public Policy), all insurance conditions are clear.

1.13.3 before signing the IP, the Insured was provided with and properly explained the information specified in the second part of Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets" No. 2664-III dated July 12, 2001;

1.13.4 give their consent to receive the Policy, proposals for amendments/additions to the concluded Policy to an email address and/or to a mobile device;

1.13.5 give their consent to the signing of the IP by the Insurer and to the use in all, without exception, relationship with the Insured fixed by the Policy, when carrying out correspondence with them, including business, when certifying documents on behalf of the Insurer, the personal signature of a person authorized for such actions or a facsimile reproduction of the signature of the authorized person of the Insurer and a reproduction of the Insurer's seal sample, applied using the copying means listed below:

1.14 Authorized person of the Insurer	The authorized person's signature and seal sample
Head of the Board of "IC "Persha" PJSC Nataliia VASYLYNA	

1.15 In accordance with the Law of Ukraine "On the Protection of Personal Data": was familiarized with the rights of the Insured in accordance with the content of Article 8 of the Law of Ukraine "On the Protection of Personal Data", and gives consent to the Insurer for the processing and use of the Insured's personal data exclusively for the purpose and within the scope of performance requirements of the legislation of Ukraine, certifies that the notice of inclusion of data about the Insured in the database of personal data of the Insurer's clients has been received.

1.16 The Policy is concluded on the basis of:

1.16.1 Rules of Voluntary Insurance of Medical Expenses No. 13 (new edition), approved on May 30, 2023;

1.16.2 Rules of Voluntary Accident Insurance No. 10 (new edition), approved on 30.05.2023 (hereinafter referred to as the Rules);

1.16.3 Licenses for carrying out insurance activities, information about which is posted at the link:https://persha.ua/about/litsenzii-ta-publichni-oferty

1.17 The signing of the IP by the Insured is recorded by the Insurer in electronic form and is stored in the ITS of the Insurer. The Parties agree

Страховика. Сторони погоджуються, що виписки з ІТС Страховика можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку. ІТС (інформаційно-телекомунікаційна система) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, що у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком (або вповноваженим Страховим агентом Страховика) для укладання електронних договорів страхування у відповідності до вимог законодавства у сфері електронної комерції.

1.18. Страховик є зобов'язаним щодо виконання умов Договору після прийняття (акцепту) цієї Оферти Клієнтом, за умови сплати Клієнтом страхового платежу у повному розмірі та у строк, що визначені в ІЧД.

1.19. Клієнт має можливість відмовитися від укладання Договору в будь-який момент до здійснення ним акцепту цієї Оферти.

1.20. Зміни та/або доповнення до умов цього Договору здійснюються в письмовій формі за згодою Сторін виключно в умови, зазначені в ІЧД. Пропозиції Страховика про внесення змін/доповнень до укладеного Договору в частині істотних умов Договору здійснюються шляхом направлення не пізніше 5-ти (п'яти) робочих днів до дня запланованої зміни істотних умов Договору повідомлення у формі, що дає можливість встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі на електронну адресу Страхувальника та/або засіб мобільного зв'язку.

1.21. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї зі Сторін або уповноваженої законодавством особи Договір виготовляється на паперовому носії протягом 5-ти (п'яти) робочих днів з дати отримання такої вимоги та у разі необхідності засвідчується підписом уповноваженої особи і печаткою (у разі її застосування в діяльності відповідної Сторони).

1.22. Ця Оферта діє з дати її оприлюднення на веб-сайті Страховика та до дати оприлюднення на веб-сайті Страховика повідомлення про припинення її дії в цілому. Всі Договори, що укладені в період дії цієї Оферти, діють до закінчення строку дії на умовах, визначених в цій Оферті. При цьому строк дії Договору, укладеного з конкретним Страхувальником, визначається в ІЧД.

1.23. 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.

1.24. **Визначення термінів:**

1) **Уповноважений представник Страховика (асистуюча компанія) –** юридична або фізична особа, в т. ч. суб'єкт підприємницької діяльності, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони уповноваженого представника Страховика зазначені на першій сторінці Договору та (або) надаються Страхувальнику при укладенні Договору у формі додатку до Договору.

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

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

that extracts from the ITS of the Insurer can be used as evidence in the consideration of disputes, including in court. ITS (information and telecommunication system) is a set of information and telecommunication systems that, during processing information, act as a single whole and are used by the Insurer (or an authorized Insurance agent of the Insurer) to conclude electronic insurance policies in accordance with the requirements of legislation in the field of electronic commerce.

1.18 The Insurer is obliged to fulfill the terms of the Policy after taking (acceptance) of this Offer by the Client, provided that the Client pays the insurance payment in full and within the period specified in the IP.

1.19 The client has the opportunity to refuse the conclusion of the Policy at any time before accepting this Offer.

1.20 Amendments and/or additions to the terms of this Policy shall be made in writing upon the consent of the Parties exclusively under the conditions specified in the ICP. The Insurer's proposals for making amendments/additions to the concluded Policy in terms of the essential terms of the Policy are carried out by sending a notice no later than 5 (five) working days before the date of the planned amendment of the essential terms of the Policy in a form that makes it possible to set the date of sending such a notice, including to the Insured's email address and/or mobile device.

1.21 The Parties undertake to reproduce the Policy on paper if necessary. At the written request of one of the Parties or a person authorized by law, the Policy is drawn up on a paper medium within 5 (five) working days from the date of receipt of such request and, if necessary, is certified by the signature of the authorized person and a seal (in the case of its application in the activities of the relevant Party).

1.22 This Offer is valid from the date of its publication on the Insurer's website and until the date of publication on the Insurer's website of the notice of its termination as a whole. All Policies concluded during the period of validity of this Offer are valid until the expiration of the validity period on the terms specified in this Offer. At the same time, the term of validity of the Policy concluded with a specific Insured is determined in the IP.

1.23 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. Phone number for the helpline: 0 800 505 240 or +380442986555. E-mail: nbu@bank.gov.ua, website: bank.gov.ua.

1.24 **Definition of terms:**

1) **Authorized representative of the Insurer (assisting company) -** a legal or natural person, including a business entity, acting on behalf and on behalf of the Insurer and coordinating the actions of the Insured (Insured person) and persons providing services to the Insured (to the Insured Person) in the event of certain events (insurance risks) stipulated by the Policy, organize, control, pay for the provision of such services and perform other actions on behalf and on behalf of the Insurer. The name, address and telephone numbers of the authorized representative of the Insurer are indicated on the first page of the Policy and (or) are provided to the Insured when concluding the Policy in the form of an annex to the Policy.

2) **Specialized establishment** - third party who are institutions for the provision of medical and other services, assisting companies and other services that are entitled to carry out their activities, which provide services to the Insured (to the Insured person) in accordance with the terms of the Policy.

3) **Insurance amount** - a monetary amount within the limits of which the Insurer, in accordance with the terms of the Insurance Policy, is obliged to pay out upon the occurrence of the insured event.

4) **Ліміт відповідальності Страховика** – гранична (максимальна) сума, яка може бути виплачена Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору за окремим видом послуг.
5) **Франшиза** – частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Франшиза, встановлена в грошовій одиниці, відповідає грошовій одиниці страхової суми.
6) **Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.
7) **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.
8) **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
9) **Умовна одиниця (у.о.)** – грошова одиниця, у якій обчислюється страхова сума, ліміт відповідальності Страховика та франшиза згідно умов Договору.
10) **Захворювання (раптова хвороба)** – раптове, непередбачуване, гостре погіршення стану здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з несподіваною хворобою, що становить пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає надання їй екстреної медичної допомоги. Екстрена медична допомога надається до усунення гострих проявів розладу здоров'я Застрахованої особи (зникає загроза життю Застрахованої особи і вона може бути переведена із відділення лікування невідкладних станів в інше відділення для подальшого стаціонарного та/або амбулаторного лікування).
11) **Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до смерті Застрахованої особи чи значного та тривалого розладу здоров'я (інвалідності).
12) **Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини – загрозі її життю та здоров'ю.
13) **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи, випадкова подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату або її смертю.
14) **Первинна інвалідність** – це встановлення особі I, II або III групи інвалідності, категорії "дитина з інвалідністю" або "дитина з інвалідністю підгрупи А" вперше, шляхом проведення експертного обстеження медико-соціальною експертною комісією (далі – МСЕК) або лікувально консультативною комісією (далі – ЛКК). Не вважається первинною така інвалідність, що була встановлена особі шляхом зміни групи інвалідності на вищу, або якщо особа раніше визнавалася особою з інвалідністю, але після переогляду група (категорія) інвалідності була знята, і згодом група (категорія) інвалідності була знову призначена.
15) **Репатріація тіла** – перевезення тіла Застрахованої особи в разі її смерті до її місця реєстрації.
16) **Страховий захист** – зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату на умовах Договору у разі настання страхового випадку.
17) **Активний відпочинок** – спосіб проведення вільного часу, різновид хобі, в процесі якого відпочивальник займається активними видами відпочинку або аматорським спортом, що потребують активної фізичної роботи організму, роботи м'язів, всього тіла. До активного відпочинку відносяться: альпінізм, скелелазіння, велосипедні прогулянки, маунтингбайк, лижні прогулянки, рівнинні лижі, горні лижі, сноуборд, теніс, гольф, катання на роликах, біг підтюпцем, кінні прогулянки, рибалка,

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

5) **Deductible** - part of the loss, which is not reimbursed by the Insurer under the terms of the Policy. The franchise, set in the monetary unit, corresponds to the monetary unit of the sum insured.
6) **Insurance premium** - payment for insurance, which the Insured is obliged to pay to the Insurer in accordance with the terms of the Policy.

7) **Insurance payment** - the amount of money paid by the Insurer in the event of an insured event under the terms of the Policy.

8) **Insurance rate** - the rate of insurance premium per unit of the sum insured for a certain period of insurance.
9) **Conditional unit (c.u.)** - the monetary unit in which the insured amount, the insurer's liability limit and franchise are calculated in accordance with the terms of the Policy.
10) **Disease (sudden illness)** - a sudden, unpredictable, sharp deterioration in the health of the Insured due to an unexpected illness that is a direct threat to the life and health of the Insured person and requires the provision of emergency medical care. Emergency medical care is provided to eliminate the acute manifestations of the health disorder of the Insured person (the insured person's life threatens and it can be transferred from the emergency department to another department for further in-patient and / or outpatient treatment).

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

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

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

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

15) **Repatriation of a body** - transportation of the body of the Insured person in case of his death to his/her place of registration.
16) **Insurance protection** - the obligation of the Insurer to make an insurance payment under the terms of the Policy in the case of an insured event.
17) **Recreational activity** – a way of leisure, a kind of hobby, in the process of which the tourist is engaged in active recreation or amateur sports, requiring active physical work of the body, the work of muscles, the whole body. Recreational activity includes: mountaineering, rock climbing, cycling, mountaineering, skiing, flat skiing, downhill skiing, snowboarding, tennis, golf, rollerblading, jogging, horseback riding, fishing, hunting, skateboarding, skateboarding car racing, motor racing, white water rafting, geocaching, caving, kayaking and more;

полювання, скейтбордінг, кайтінг, водні лижі, автогонки, мотогонки, рафтинг, геокешинг, спелеотуризм, каякінг та інше;

18) **Спорт** – категорія ризику, яка передбачає страховий захист для Застрахованої особи і діє під час заняття видами спорту на професійному рівні (в тому числі участь у змаганнях на професійному рівні), включаючи гірськолижний спорт та сноубординг.

Заняття спортом на професійному рівні – регулярні заняття будь-яким видом спорту, коли спорт є професійною діяльністю Застрахованої особи, у т. ч. для предмету Договору коли метою подорожі (поїздки) Застрахованої особи є участь у змаганнях та (або) у тренуваннях до змагань.

До занять спортом не відносяться:

а) заняття шахами, шашками, городками, настільним тенісом, настільним футболом, гольфом, радіо-спортом, туристичними подорожами зі спокійним ландшафтом, аквааеробікою, бадмінтоном, стрільбою в тирі, фітнесом, йогою, стрибками на батуті, крикетом, більярдом, а також катання на конях, поні, верблюдах, слонах;

б) катання на велосипеді, плавання (крім катання на гірках в аквапарку), танці, крім професійного заняття цими видами спорту відповідно до визначення, зазначеного у п.п. 18) п.1.15 Договору.

19) **Фізична праця** – категорія ризику, яка передбачає страховий захист, що діє під час виконання Застрахованою особою фізичної праці за наймом, не пов'язаної з високим ризиком настання страхового випадку, в тому числі офісні працівники, робітники сфери обслуговування, водії транспортних засобів.

Категорія "Фізична праця" не передбачає фізичної праці за наймом на посадах з важкою фізичною працею, на небезпечних роботах в нафтовій та газовій промисловості, інших роботах, які мають високий ризик настання страхового випадку, в тому числі члени екіпажу авіаційних та морських суден, шахтарі, пожежники, працівники охоронних структур (в т.ч. охоронці, які здійснюють фізичний захист).

1.25. 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, Страхувальнику надано в повному обсязі.

1.26. Страхувальник 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». Страхувальник 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» Страхувальнику відомий та зрозумілий. Ця згода діє необмежений строк.

1.27. 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:
0800 505 240 або +380442986555.
E-mail: nbu@bank.gov.ua, web-сайт: bank.gov.ua

18) **Sport** - a risk category that provides insurance coverage for the Insured person and operates while playing sports at a professional level (including competing at a professional level), including skiing and snowboarding.

Professional Sports - regular exercise in any sport, where sport is a professional activity of the Insured person, including for the subject of the Contract, when the purpose of the Insured person's travel (or) is to participate in competitions and / or in training to competitions.

Sport does not include:

a) chess, checkers, small towns, table tennis, table football, golf, radio, hiking, serene aerobics, badminton, shooting dash, fitness, yoga, trampoline, cricket, cricket, cricket, horses, ponies, camels, elephants;

b) cycling, swimming (other than water slides in the water park), dancing, other than professional pursuit of these sports in accordance with the definition in p. 18) clause 1.17 of this Policy.

19) **Physical labor –** a category of risk that provides insurance protection acts in the course of performance by the Insured person of physical labor for hire, not associated with high risk of accident occurrence, including office workers, service workers, drivers of vehicles. The category "Physical work" does not include manual labor in positions of heavy physical labor, dangerous work in the oil and gas industry, other jobs that have a high risk of accident, including crew members of aviation and naval vessels, miners, firefighters, security personnel (including bodyguards).

1.25. 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.

1.26. 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.

1.27. 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

2. ОСОБЛИВОСТІ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

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

2.2. Договір не укладається стосовно осіб віком до 1 року та старших 65 років. Страхування таких осіб можливе шляхом встановлення додаткових умов страхування та збільшення суми страхового платежу.

2.3. Сторони Договору домовилися та погодили, що за Договором Страхувальниками (Застрахованими особами) не

2. PECULIARITIES OF CONCLUSION

2.1 The Insurance premium shall be paid in the monetary unit of Ukraine immediately for the entire term of the Policy.

2.2 The Insurance Policy does not apply to persons under the age of 1 and over 65. Insurance of such persons is possible through the establishment of additional insurance conditions and an increase in the amount of insurance payment.

2.3 The Parties to the Policy have agreed and agreed that the following persons cannot be specified by the Insurers (Insured Persons)

можуть бути зазначені нижче особи, Договір, укладений відносно таких осіб, вважається таким, що укладений помилково, і припиняється та втрачає чинність за згодою сторін Договору з моменту його укладення, будь-які випадки за ним не є страховими, і в разі виявлення факту помилкового укладення Договору сплачений за ним страховий платіж повертається Страхувальнику в повному обсязі за його письмовим зверненням:

2.3.1. визначені у встановленому порядку недієздатними;

2.3.2. особи з інвалідністю I групи та непрацюючі особи з інвалідністю II групи;

2.3.3. які страждають на будь-яке із наступних захворювань та/чи станів:

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

3. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

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

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

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

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

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

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

3.4.1. “E”: країни Європи, СНД, Балтії.

3.4.2. “W”: всі країни світу, включаючи Єгипет, Туніс, Кіпр, Туреччина, ОАЕ, Таїланд.

3.5. Договір діє на території, яка зазначена в ІЧД, окрім території України, країни реєстрації, країни громадянської належності (громадянства) Застрахованої особи, зон збройних та інших конфліктів та тих територій, які знаходяться під санкцією ООН.

under the Policy, the Policy concluded with respect to such persons is considered to be erroneously concluded and shall be terminated and terminated with the consent of the parties to the Policy from the moment of its conclusion; -any cases for him are not insurance, and in case of revealing the fact of the erroneous conclusion of the Policy, the insured payment paid for him is returned to the Insured in full upon his written request:

2.3.1 are determined in the established order incapacitate;

2.3.2 disabled persons and groups and disabled II group;

2.3.3 suffering from any of the following diseases and / or conditions:

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

3. TERM AND TERRITORY OF POLICY

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

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

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

3.2 If IP provides multiple trips, the Insurer shall be liable within the number of days specified in IP. For each trip abroad, the period of validity of insurance protection automatically diminishes by the number of days spent by the Insured person on the territory of the Policy.

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

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

3.4.1 "E": European, CIS and Baltic countries;

3.4.2 "W": all countries of the world including Egypt, Tunisia, Cyprus, Turkey, OAU, Thailand.

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

4. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. Будь-які зміни умов Договору здійснюються лише за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання Додаткового договору до Договору за умови письмового повідомлення Сторони-ініціатора про зміни за 30 (тридцять) календарних днів, Якщо будь-яка зі Сторін незгодна на внесення змін до Договору, Сторонами вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.
4.2. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
4.2.1. Закінчення строку дії Договору;
4.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань за Договором перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;
4.2.3. Несплати Страхувальником страхового платежу до 24-00 годин дати укладання Договору, визначеної у ІЧД. При несплаті страхового платежу Договір автоматично вважається таким, що не набув чинності;
4.2.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування";
4.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
4.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
4.2.7. Якщо Застрахована особа виявилась особою, зазначеною у п. 2.3 ПЧД;
4.2.8. У разі закінчення кількості днів страхового захисту у випадку, якщо ІЧД передбачено багаторазові подорожі (Multiple).
4.2.9. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
4.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страховика або Страхувальника.
4.4. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, відповідно до п. 4.8 ПЧД, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю
4.5. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страховик повертає повністю сплачені Страхувальником страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, відповідно до п. 4.8 ПЧД, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за Договором.
4.6. Договір, укладений на строк однієї подорожі, може бути достроково припинений не пізніше як за 1 (одну) добу до дати початку його дії, зазначеної у ІЧД. При цьому якщо припинення дії Договору проводиться на вимогу Страхувальника, обумовлену відміною поїздки або зміненням її строків, Страховик має право при поверненні Страхувальникові страхового платежу утримати нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу, відповідно до п. 4.8 ПЧД.
4.7. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору Страхувальник (Застрахована особа) повинен повернути належний йому примірник Договору та додатки до нього Страховикові.
4.8. За Договором нормативні витрати на ведення справи, визначені при розрахунку страхового тарифу, становлять 40 % страхового платежу.

5. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4. PROCEDURE FOR CHANGES AND TERMINATION OF THE POLICY

4.1 Any modification of the terms of the Policy shall be made only with the mutual consent of the Insured and the Insurer by concluding an Additional Policy to the Policy, provided the written notice of the initiating Party changes in 30 (thirty) calendar days, if either of the Parties is not in agreement with the amendments to the Policy, the question of the validity of the Policy on the previous conditions or the termination of its operation is resolved.
4.2 The validity of this Policy shall be terminated and terminated with the consent of the Parties, as well as in case of:
4.2.1 Termination of this Policy;
4.2.2 The Insurer fulfills the obligations under this Policy to the Insured (Insured person) in full;
4.2.3 Non-payment by the Insured of the insurance payment in the terms established in IP. If the insurance payment is not paid, the Policy is automatically considered to be ineffective;

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

4.2.5 Liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;
4.2.6 Adoption of a court decision on the recognition of this Policy null and void;
4.2.7 If the Insured Person has appeared as a person specified in clause 2.5. PP;
4.2.8 In the event of the expiration of the number of days of insurance protection in the event that IP provides multiple trips (Multiple)
4.2.9 In other cases stipulated by the legislation of Ukraine.

4.3 The validity of the Insurance Policy may be terminated prematurely upon request of the Insurer or the Insured.
4.4 In the event of early termination of the Insurance Policy on the demand of the Insured, the Insurer shall return to the Insured the insurance payments for the period remaining before the expiration of the Insurance Policy, less the standard expenses for conducting the case, determined in calculating the insurance tariff, and the actual amounts of insurance payments made for this Policy. If the Insured's claim is related to the insurer's violation of the terms of the Insurance Policy, the latter shall return to the Insured the insurance premiums paid to him completely.

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

4.6 A Policy entered into for a period of one trip may be terminated prematurely not later than 1 (one) day before the date of commencement of its action specified in IP. Moreover, if the termination of the Policy is carried out at the request of the Insured due to the cancellation of the trip or the change in its terms, the Insurer has the right, upon returning the Insurer of the insurance payment, to keep the standard costs of conducting the case, determined in calculating the insurance tariff, in accordance with Clause 4.8 of PP.
4.7 In all cases of early termination of the Insurance Policy, the Insured (Insured Person) shall return the copy of the Policy to the Insurer proper to him and the attachment thereto to the Insurer.

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

5. PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE PAYMENTS

5.1. При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та з урахуванням умов програми “VECTOR” страхову виплату може здійснювати:
5.1.1. Уповноваженому представнику Страховика (медичному чи іншому закладу) на підставі та на умовах відповідного договору доручення (договору про надання послуг та/чи рахунку, калькуляції та медичного рапорту) та інших документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами Договору, та/або
5.1.2. Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу) за умови попереднього погодження з Уповноваженим представником Страховика отриманих Застрахованою особою та сплачених нею (Страхувальником, Вигодонабувачем) послуг в межах, визначених Договором.
5.2. При здійсненні страхової виплати Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу), яка самостійно оплатила отримані та попередньо узгоджені із Уповноваженим представником Страховика (Страховиком) послуги на умовах Договору, виплата здійснюється у національній валюті України по курсу НБУ на дату настання страхового випадку у безготівковій формі або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням Страховика.
5.3. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у Договорі, та наданих в порядку, передбаченому умовами Договору по кожному конкретному виду страхування, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків (витрат).
5.4. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту або, в разі виплати згідно з п. 5.1.1 ПЧД, в інший строк, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг).
5.5. Повідомлення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.
5.6. Страховик має право відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках:
5.6.1. Ненадання Страховику документів, визначених умовами Договору. В цьому разі прийняття рішення відкладається на строк, необхідний для повного з`ясування причин, обставин та наслідків страхового випадку та отримання відповідних підтверджуючих належним чином оформлених документів;
5.6.2. Наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) на одержання страхової виплати, в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) відомостей та/чи документів або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити факт, обставини, причини страхового випадку та (або) розмір завданих збитків (здійснених витрат). У цьому випадку відстрочення відбувається до одержання необхідних доказів та документів. Граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати – шість місяців з дати надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику всіх визначених умовами Договору документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитків (витрат) та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати;
5.6.3. Якщо органами внутрішніх справ чи іншими компетентними органами будь-якої держави відкрито кримінальне чи інше провадження і ведеться розслідування обставин, що призвели до страхового випадку, то в цьому випадку відстрочення відбувається до закінчення розслідування та ухвалення відповідного рішення у цій справі. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п’ятнадцяти) робочих днів після закінчення

5.1 In case of insured event, the Insurer may, within the limits of the sum insured and subject to the conditions of the “VECTOR” program, make the insurance payment:
5.1.1 Assisting company (a medical institution or other institution) on the basis and under the terms of the relevant contract of the order (agreement on the provision of services and / or accounts, calculations and medical report) and other documents confirming the fact of the occurrence of an insured event and providing the insured person with the services provided the terms of this Policy and / or
5.1.2 The Insured person (the Insured, the Beneficiary), subject to prior agreement with the Assisting Company, received by the Insured person and the services (paid by the Insured, the Beneficiary) paid to it within the limits specified by this Policy.

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

5.3 The decision on insurance payment or refusal of insurance payment shall be made by the Insurer within 10 (ten) working days from the date of receipt by the Insurer of all necessary documents specified in the Contract and provided in the manner stipulated by the Contract terms for each specific type of insurance, which confirm or refute the fact and circumstances of occurrence of the insured event and the amount of losses (expenses).
5.4 The decision on the insurance payment is made by the insurance certificate. The insurance payment is made by the Insurer within 10 (ten) business days from the date of signing the insurance certificate or, in case of payment in accordance with clause 5.1.1. p.5.1. PP, in another term, provided by the relevant contract of authority (contract on the provision of services).
5.5 The notice of refusal shall be sent by the Insurer in writing to the Insured person (Beneficiary), with the justification of the reasons for the refusal within 10 (ten) working days from the moment of making such decision.
5.6 The insurer has the right to postpone the decision on the insurance payment in cases:
5.6.1 Failure to insure the documents specified in the terms of this Policy. In this case, the decision is postponed for the period necessary for the full explanation of the reasons, circumstances and consequences of the insured event and the receipt of the corresponding supporting duly executed documents;
5.6.2 There are justified doubts about the legality of claims of the Insured (the Insured, the Beneficiary) for the receipt of insurance payments, including as a result of the insurer's doubts as to the reliability of the information and / or documents provided by the Insured person (the Insured, the Beneficiary), or if, on the basis of the submitted documents it is impossible to establish the fact, circumstances, causes of the insured event and (or) the amount of losses incurred (costs incurred). In this case, the delay is before obtaining the necessary evidence and documents. The deadline for postponing the insurance payment is six months from the date the Insured (Insured Person) provides the Insurer with all the documents specified in the terms of this Policy necessary documents to confirm the fact, reasons and circumstances of the insured event, the amount of of losses (expenses) and other documents necessary for the insurance payment;

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

зазначеного розслідування (його зупинення, складання обвинувального акту (висновку), закриття кримінального провадження, тощо) та отримання Страховиком відповідного документу.

5.7. Для отримання страхової виплати згідно з п.п. 5.1.2 Договору Страхувальник (Застрахована особа /Вигодонабувач) повинен надати Страховику наступні документи, що є загальними для будь-якої події, що має ознаки страхового випадку:

– письмову заяву за формою, встановленою Страховиком;
– Договір або його копію;
– копію всіх сторінок паспорту громадянина України для виїзду за кордон Застрахованої особи;
– копію паспорту громадянина України Застрахованої особи/Вигодонабувача;
– копію довідки, що містить РНОКПП (ідентифікаційний номер) Застрахованої особи/Вигодонабувача;
– оригінал або нотаріально засвідчену копію документу, що підтверджує право Вигодонабувача на отримання страхової виплати (в разі неповноліття Застрахованої особи або її смерті).

За окремими видами страхових випадків подаються також інші документи, визначені у відповідних пунктах ПЧД.

5.8. Всі документи, що надаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також найменування, адресу/місцезнаходження та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери, тощо) надаються в оригінальних примірниках. Документи, складені мовою іншою ніж англійська чи польська, мають надаватись з перекладом українською мовою з нотаріально засвідченим підписом перекладача, здійсненим за рахунок Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача.

5.9. Всі документи, інформація та докази надаються Страховику безкоштовно.

5.10. Якщо Договором передбачена франшиза, то страхові виплати здійснюються з вирахуванням франшизи.

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

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

6.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

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

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

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

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

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

6.1.7. Невиконання вказівок Страховика чи Уповноваженого представника Страховика в процесі врегулювання події, що має ознаки страхового випадку.

suspension, drawing up the indictment, closing the criminal proceedings, etc.) and obtaining the relevant document by the Insurer.

5.7 In order to receive insurance indemnity in accordance to item 5.1.2. of this Policy, the Insured / Beneficiary shall provide the Insurer with the following documents, which are common to any event that has the characteristics of an insured event:

- a written application in the form established by the Insurer;
- Policy of insurance or its copy;
- a copy of all pages of the passport of a citizen of Ukraine for the travel abroad of the Insured person;
- a copy of the passport of the citizen of Ukraine of the Insured Person / Beneficiary;
- a copy of the certificate of assignment of the identification number of the Insured Person / Beneficiary;
- an original or a notarized copy of the document confirming the right of the Beneficiary to receive an insurance payment (in the case of an insured person's death or death).
- Other types of insurance cases are also filed with other documents specified in the relevant sections of this Policy.

5.8 All documents provided to the Insurer must be clearly written or printed on the forms and must be signed by officials with appropriate seals, as well as the name, address / location and contact telephone of the issuing institution (s). Invoices (invoices, invoices) and financial documents confirming the fact of payment (checks, receipts, orders, etc.) are provided in the original copies. Documents made in a language other than English or Polish must be provided with a translation into Ukrainian with a notarized signature of the translator, made at the expense of the Insured / Insured person / Beneficiary.

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

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

6. CAUSES OF DISCLAIMER IN INSURANCE PAYMENT. EXCLUSION FROM INSURANCE CLAIMS

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

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

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

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

6.1.4 Failure to notify the Insured (Insured Person) about the occurrence of an insured event (or events with signs of an insured event) without a valid reason or the creation of the Insurer (including the Assisting Company) of obstacles in determining the circumstances, nature of the insured event and the amount of losses (expenses).

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

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

6.1.7 Failure to comply with the instructions of the Insurer or the Authorized Representative of the Insurer in the process of settling an event with signs of an insured event.

6.1.8. Ненадання Страховику, надання не в повному обсязі або неналежним чином оформлених документів та відомостей, необхідних для прийняття рішення щодо страхової виплати.
6.1.9. Надання Страховику документів з неправильною чи неправдивою інформацією стосовно факту, причин та обставин випадку з ознаками страхового, зокрема, стану здоров'я та отриманих медичних та/чи інших додаткових послуг.
6.1.10. Реабілітаційне лікування та/або продовження лікування на території, що не визначена як місце дії Договору.
6.1.11. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного обстеження, якого вимагає Страховик.
6.1.12. Отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків (витрат) від особи, винної у їх заподіянні.
6.1.13. Інші випадки, передбачені Договором та чинним законодавством України.
6.2. Страхові виплати не здійснюються за випадками, які у відповідності до умов Договору не визнаються страховими та/чи належать до виключень і обмежень страхування.

6.3. **Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:**
6.3.1. Громадських заворушень, страйків, надзвичайного стану, бойових, військових (оголошена війна чи неоголошена) дій будь-якого роду і їх наслідків, масових безпорядків, повстань та будь-яких інших акцій громадської непокори, терористичних актів, подій непереборної сили, дії ядерного інциденту та/чи іонізуючого випромінювання та/чи радіоактивного забруднення, а також порушення норм екологічної безпеки, незалежно від характеру участі Застрахованої особи у таких подіях;
6.3.2. Постійної, регулярної, тривалої дії чи раптового викиду, розливу, переміщення газів та газоподібних речовин, парів, променів, рідин, вологи, кислот, хімічних сполук або будь-яких, в тому числі неатмосферних, опадів (сажа, кіптява, дим, пил та ін.) та інших забруднюючих речовин;
6.3.3. Навмисних дій/бездіяльності або необережності Застрахованої особи та/або зацікавлених третіх осіб, що призвело до настання страхового випадку, а також здійснення або спроби здійснення Застрахованою особою злочинних дій або порушення нею законів, встановлених норм, медичних призначень, санітарних і проти-епідеміологічних рекомендацій тощо. Під необережністю розуміється, що особа:
– передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), але легковажно розраховувала на те, що вони не настануть (злочинна самовпевненість);
– не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість (злочинна недбалість).
Факт необережності встановлюється на підставі рішення/вироку суду або за згодою Сторін Договору;
6.3.4. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: http://mfa.gov.ua/, та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до Договору;
6.3.5. Поїздки Страхувальника/Застрахованої особи до країни чи місцевості, визначеної Страховиком як зона бойових дій (war zone), окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлено окремим додатком до Договору;
6.3.6. Вчинення самогубства або спроби самогубства Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути доведено документально відповідними компетентними органами або судом;

6.1.8 Failure to insure the Insurer, the provision of not fully or inappropriately completed documents and information necessary for the decision on insurance payments.
6.1.9 Providing the Insurer documents with incorrect or false information concerning the fact, causes and circumstances of the case with the characteristics of the insurance, in particular, the state of health and received medical and / or other additional services.
6.1.10 Period of rehabilitation treatment and / or continuation of treatment in a territory that is not defined as the place of the Policy.
6.1.11 Refusal of the Insured person from the medical examination required by the Insurer.
6.1.12 Obtaining by the Insured (Insured person) full compensation of losses (expenses) from the person guilty of their causing.

6.1.13 Other cases stipulated by the Policy and current legislation of Ukraine.
6.2 Insurance payments shall not be made in cases which, in accordance with the terms and conditions of the Policy, are not recognized by the insurer and / or are excluded from the insurance exceptions and restrictions.
6.3 **Insurance events that occur as a result of:**

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

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

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

- envisaged the possibility of dangerous consequences of their actions (or inaction), but lightly relied on the fact that they did not come (criminal self-confidence);
- did not envisage the possibility of dangerous consequences of their actions (or inaction), although it should have had such an opportunity (criminal negligence).
The fact of negligence is established on the basis of a judgment / court verdict or with the consent of the parties to the Policy;
6.3.4 Failure by the Insured Person (the Insured, Beneficiary) of the official recommendations of the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine, tel .: +380442381657, site: http://mfa.gov.ua/, and the Insurer for travel to zones of military operations, terrorist attacks, natural disasters disasters, epidemics or pandemics, except when such trips are provided for by the insurance conditions, which is written in writing with a separate annex to the Policy;
6.3.5 Trips of the Insured / Insured to the country or area determined by the Insurer as a war zone, unless such trips are provided for in the insurance terms, which is written in a separate annex to the Policy;

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

6.3.7. Скоєння будь-якого правопорушення та/чи спроба здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;
6.3.8. Нараження Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) – свідомого перебування в місцях, заздалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини, та/чи участь у проведенні будь-яких небезпечних робіт та/чи небезпечних видах відпочинку/розваг;
6.3.9. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;
6.3.10. Вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря або якщо під час настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря;
6.3.11. Самолікування та/чи лікування особою, яка не має відповідної ліцензії на здійснення лікувальної діяльності;
6.3.12. Дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, окрім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що мало наслідком лікування цієї особи у стаціонарних умовах;
6.3.13. Епідемії, карантину;
6.3.14. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи та/чи будь-якої роботи по найму, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники, тощо), якщо даний ризик не є таким, що окремо передбачений та визначений у ІЧД і за яким сплачений відповідний додатковий страховий платіж;
6.3.15. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку, якщо такі ризики не були окремо передбачені та визначені у ІЧД та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі;
6.3.16. Дорожньо-транспортної пригоди або поломки транспортного засобу під час подорожі за кордон, що стали наслідком алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, яке визнається таким за законами, що діють в країні перебування, або за законами, що діють в країні постійного проживання Застрахованої особи;
6.3.17. Польоту Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування таким апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажира на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом;
6.3.18. Аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо вона, заздалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не мала посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;
6.3.19. Спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;
6.3.20. Участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника (вершника) на тваринах;
6.3.21. Виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника, дресирувальника тварин;
6.3.22. Участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природно-кліматичними умовами або в географічно віддалені регіони;
6.3.23. Полювання;

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

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

6.3.9 Violation by the Insured person of safety rules, rules of fire safety, traffic rules;
6.3.10 Use of alcohol, narcotic or toxic substances, medicines without the appointment of a physician, or if at the time of the occurrence of an event with signs of insurance the insured person was under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances, and medications without the appointment of a doctor;
6.3.11 Self-treatment and / or treatment by a person who does not have a corresponding license for medical treatment;
6.3.12 Effects of sunlight that led to sunburn or heat stroke, except the emergence of an acute danger to the life of the Insured, resulting from the treatment of this person in steady-state conditions;

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

6.3.15 Professional or amateur sports or any type of recreational activity, unless such risks were specifically provided for and specified in IP and on which the corresponding supplementary insurance payments have been paid;
6.3.16 Road accidents or vehicle breakdowns during a trip abroad caused by alcohol, narcotic, toxic intoxication, an Insured Person committed an intentional offense abroad, which is recognized by such laws in force in the host country, or under the laws in force in the country of permanent residence of the Insured person;

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

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

6.3.19 attempts by the Insured to establish speed records or participate in such competitions;
6.3.20 Participation of the Insured in the car race or other competitions (or preparation for them) on the ground, in water or in the air as a driver, captain, pilot or their assistant, and also a rider on animals;

6.3.21 Performing the duties of pyrotechnics, professional diver, magician, animal trainer;
6.3.22 Participation of the Insured in such life-threatening activities as parachute jumping (from airplanes and towers), jumping using an elastic cable, hiking in extreme conditions, participating in search or other expeditions in the zone extreme climatic conditions or geographically remote regions;

6.3.23 Hunting;

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

6.3.25. Інших причин, визначених у ПЧД, що визначають конкретні умови страхування за певними видами.

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

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

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

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

6.4.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

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

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

6.3.25 Other reasons specified in PP that describe specific terms of insurance for certain types.

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

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

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

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

6.4.4 The disappearance of the Insured person is unknown.

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

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

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

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

7.1.2. На отримання страхової виплати на умовах Договору;

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

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

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

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

7.2.1. Виконувати умови Договору в період його дії;

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

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

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

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

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

7.2.7. Виконувати всі розпорядження та рекомендації Уповноваженого представника Страховика (Страховика);

7.2.8. Надавати право вільного доступу лікаря-експерта Уповноваженого представника Страховика (Страховика) та його уповноваженого представника до всієї медичної, фінансової та

7. RIGHTS AND DUTIES

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

7.1.1 To receive services provided by the Policy and pre-agreed with the Assisting Company (the Insurer), and their independent payment for such Policy, with subsequent reimbursement of incurred expenses within the limits specified by the terms of the Policy;

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

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

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

7.1.5 On early termination of the Policy and receipt of part of insurance payments returned under the terms of the Policy.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2.8 Grant the right of free access to the expert physician of the Assisting Company (Insurer) and its (his) authorized representative for all medical, financial and other documentation related to the case with the

іншої документації, пов'язаної із випадком, що має ознаки страхового, а також підписувати письмову згоду на надання медичним (іншим) закладом інформації Уповноваженому представнику Страховика (Страховику) стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. тієї, що належить до медичної таємниці за нормами законодавства будь-якої країни;

7.2.9. Проходити медичне обстеження за вимогою Страховика;

7.2.10. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору та Правилами;

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

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

7.3. **Страховик має право:**

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

7.3.2. Перед укладенням Договору та в процесі його виконання для прийняття рішення про здійснення страхової виплати вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої особи;

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

7.3.4. Здійснювати фіксацію телефонних переговорів стосовно подій, що мають ознаки страхових випадків;

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

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

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

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

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

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

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

7.3.12. Не відшкодовувати будь-які непрямі збитки (витрати) Застрахованої особи.

7.4. **Страховик зобов'язаний:**

characteristics of the insurance, as well as to sign a written consent to the provision of medical (other) the institution of the Assisting Company (Insurer) regarding the health status of the Insured person, incl. the one that belongs to the medical secret according to the legislation of any country;

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

7.2.10 The Insured is obliged to acquaint the Insured person with the terms and conditions of the Policy and the Rules;

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

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

7.3 **The insurer has the right:**

7.3.1 verify the information provided by the Insured (Insured Person) and the terms and conditions of the Policy;

7.3.2 Before carrying out the Policy and in the course of its implementation, to make a medical examination of the Insured person for the decision on the implementation of the insurance payment;

7.3.3 Request from the Insured the information necessary to establish the circumstances of the insured event, including information constituting commercial secrets, and verify the authenticity of the information indicated;

7.3.4 To fix the telephone conversations concerning events with signs of insured events;

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

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

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

7.3.8 To delay insurance payment, but not more than 6 (six) months from the date of submission of all necessary documents stipulated by the Contract, in order to clarify the circumstances of an event having signs of an insured event, in case there are reasonable doubts about the accuracy provided by the Insured (Insured person, the Beneficiary) of information and / or documents;

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

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

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

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

7.4 **The insurer shall:**

7.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;
7.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі);
7.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначений п. 8.2 ПЧД;
7.4.4. При відмові у страховій виплаті повідомити про це Застраховану особу (Страхувальника, Вигодонабувача) протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причини відмови;
7.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;
7.4.6. При настанні страхового випадку забезпечити надання за допомогою Уповноваженого представника Страховика Страхувальникові (Застрахованій особі) послуг, передбачених Договором;
7.4.7. Виконувати всі прийняті на себе за умовами Договору зобов'язання.

7.4.1 To acquaint the Insured with the terms and conditions of Insurance;
7.4.2 In the course of 2 (two) business days, as soon as it becomes aware of the occurrence of the insured event, take measures to complete all necessary documents for the timely payment of the insurance indemnity to the Insured (Insured Person);
7.4.3 At the occurrence of an insured event, to make an insurance payment within the period stipulated by the Policy. The insurer is liable for failure to pay the insurance indemnity by paying the Insured a penalty (fine, fine), the amount of which is determined in Item 8.2 of PP;

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

7.4.5 Do not disclose information about the Insured and its property status, except in cases established by law;
7.4.6 Upon occurrence of an insured event, provide with the help of the Assisting Company to the Insured (Insured Person) the services stipulated by the Policy;

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

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

8.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно норм чинного законодавства України.
8.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі (Страхувальнику, Вигодонабувачу) пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла на момент прострочення платежу.
8.3. Невиконання Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) умов Договору позбавляє її (його) права на отримання страхової виплати за Договором.
8.4. Обов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку із Уповноваженим представником Страховика (Страховиком) повністю покладається на Страхувальника/Застраховану особу та особу, яка надала послуги.
8.5. Спори, які виникають між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

8. RESPONSIBILITY FOR NEGLIGENCE OR INDEPENDENT PERFORMANCE OF POLICY TERMS AND PROCEDURE FOR DISMISSING DISPUTES

8.1 Failure to comply or improper fulfillment of the terms of the Policy Parties shall bear responsibility in accordance with the norms of the current legislation of Ukraine.
8.2 For late payment of insurance payments, the Insurer shall bear the financial liability by paying to the Insured person (the Insured, the Beneficiary) a penalty of 0.01% of the amount of the appropriate insurance payment for each day of delay, but not more than twice the discount rate of the NBU, which was in force at the time of delay of payment .
8.3 Failure by the Insured Person (the Insured, the Beneficiary) of the terms of the Policy shall deprive him (him) of the right to receive an insurance payment under the Policy.
8.4 The obligation to prove the occurrence of an insured event and to justify the amount of its expenses or, if necessary, the impossibility of establishing a connection with the Assisting Company (the Insurer) shall be fully relied upon by the Insured / Insured person and the person providing the services.

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

9. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

9.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, а саме медичними витратами, здійсненими у разі захворювання (раптової хвороби), нещасного випадку та інших непередбачуваних подій, які належать до страхових випадків згідно з умовами Договору.
9.2. До медичних витрат по програмі "VECTOR" за Договором належать витрати:
9.2.1. на лікування – витрати, що виникли при наданні Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги, а саме:
а) стаціонарної допомоги в медичних закладах (оплата консультацій, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні (екстрені, термінові) втручання, використання необхідного для лікування медичного обладнання, послуги медичного персоналу, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно нормативів, передбачених в даному медичному закладі) – не більше 20 календарних днів;

9. SUBJECT OF POLICY IN INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

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

9.2 The medical costs of the "VECTOR" Program under the Policy include the following costs:
9.2.1 for treatment - expenses incurred in providing the Insured person with emergency medical care, namely:
(a) inpatient care in medical institutions (payment for consultations, medicines, dressings, fixation, medical treatment, diagnostic and treatment procedures, surgical (emergency, urgent) interventions, use of medical equipment needed for treatment, medical staff, cost of stay in wards, including resuscitation, food during hospital stay according to the standards stipulated in this medical institution) - maximum 20 calendar days;

b) амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації);
c) невідкладної медичної (швидкої) допомоги (оплата медикаментів, призначених для невідкладної допомоги, придбаних за призначенням лікаря та на підставі пред'явленого рецепту і підтвердження про оплату);
d) невідкладної стоматологічної допомоги – ліміт 100 у.о. по курсу НБУ на дату надання допомоги;
9.2.2. додаткові витрати на:
9.2.2.1. транспортування:
a) машиною швидкої допомоги до найближчого медичного закладу чи лікаря;
b) до спеціалізованого медичного закладу;
c) медична евакуація з-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту або найближчої до пункту перетину кордону у країні реєстрації
d) **Репатріацію тіла** Застрахованої особи до країни колишньої реєстрації (кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт у країні колишньої реєстрації, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи або митний пункт у країні колишньої реєстрації), за рішенням Уповноваженого представника Страховика (Страховика) та письмовим погодженням із родичами (офіційними представниками) померлої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, а саме відшкодовуються: документально підтверджені витрати на оформлення документів, необхідних для репатріації тіла Застрахованої особи, на спеціальну труну (герметично закриту), на транспортування. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування (до місця колишньої реєстрації, поховання та ін.) та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання та ін.) на території країни колишньої реєстрації померлої особи. Якщо має місце репатріація, невикористаний зворотний квиток здається Уповноваженому представнику Страховика чи Страховику.
9.2.2.2. проїзд особи, яка супроводжує Застраховану особу (за рішенням Уповноваженого представника Страховика (Страховика) щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) до країни реєстрації і назад, на утримання і перебування її в готелі у випадку, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну реєстрації і це підтверджено медичним висновком;
9.2.2.3. інші додаткові витрати, якщо такі передбачені Договором, зокрема, витрати на: послуги термінового зв'язку; адміністративну допомогу; юридичну допомогу; технічну допомогу.
9.3. Програма "VECTOR" може передбачати наявність коефіцієнтів підвищення вартості відповідно до таких факторів ризику:

- "вік" – для осіб віком понад 60 років;
- "активний відпочинок" – призначені для осіб, які під час подорожі будуть займатися активним відпочинком та/чи аматорським спортом;
- "спорт" – призначені для осіб, які під час подорожі за межами України будуть займатися професійним спортом;
- "фізична праця" – призначені для осіб, що виїжджають за кордон із робочою візою.

(b) outpatient care at a medical institution or a medical doctor (consultations, medical services, diagnostic tests, medicines, dressings, necessary remedies);

(c) emergency medical (ambulance) assistance (payment for emergency medical supplies purchased on prescription and on the basis of prescription and payment confirmation);

(d) Emergency dental care - limit of $ 100 at the NBU rate at the date of assistance;
9.2.2 additional costs for:
9.2.2.1 transportation:
(a) by ambulance to the nearest medical institution or doctor;

(b) to a specialized medical establishment;
(c) medical evacuation from abroad to a hospital closest to the international airport or closest to the border crossing point in the country of registration;
(d) Repatriation of the body of the Insured person to the country of former registration (the final destination of the repatriation route is the airport in the country of former registration, where the coffin arrives with the body of the deceased Insured person or customs office in the country of former registration), by decision of the Assistance Company and Writing relatives (official representatives) of the deceased person, if the death occurred as a result of an insured event, namely reimbursed: documented expenses for processing the documents required for rep riatsiyi body of the insured person, a special coffin (sealed) transportation. In doing so, the Insurer shall not reimburse the costs of further transportation (to the place of former registration, burial, etc.) and funeral services (services related to the organization of burial and arrangement of the place of burial, etc.) in the territory of the country of former registration of the deceased person. If there is a repatriation, the unused return ticket shall be presented to the Assistance Company or the Insurer.

9.2.2.2 travel of the person accompanying the Insured person (at the decision of the Assistance Company (Insurer) regarding the destination, route, type, class of transport) to the country of registration and back, to keep and stay at the hotel in case the Insured person because of his physical condition does not can return to the country of registration on his own, and this is confirmed by a medical report;

9.2.2.3 other additional costs, if such are stipulated by the Policy, in particular, expenses for: the services of urgent communication; administrative assistance; legal aid; technical assistance.
9.3 The "VECTOR" program may provide for an increase in cost factors:

- "Age" - for people over 60 years old;
- "Recreational activity" - intended for persons who during the trip will be engaged in active recreation and / or amateur sports;
- "Sport" - intended for persons who, while traveling outside Ukraine, will engage in professional sports;
- "Physical labor" - intended for persons traveling abroad with a work visa.

10. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

10.1. **Страховими ризиками** за Договором є:
10.1.1. **захворювання (раптова хвороба)**;
10.1.2. **нещасний випадок**;
10.1.3. **смерть** Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку.
10.2. **Страховим випадком** за Договором є виставлення вимог Спеціалізованою особою на оплату вартості наданих нею Застрахованій особі послуг, пов'язаних із виникненням під час дії Договору події із переліку страхових ризиків, передбачених Договором, та з урахуванням інших умов Договору, та/чи

10. INSURANCE RISKS AND INSURANCE COURSES IN INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

10.1 **The insurance risks under this Policy are:**
10.1.1 **Illness (sudden illness)**;
10.1.2 **Accident**;
10.1.3 **Death** of the Insured Person as a result of a sudden illness or accident.
10.2 **An insured event** under the Policy is the specialized establishment's requirement to pay for the cost of the insured person's services provided due the event during the term of this Policy if an event is in the list of insurance risks stipulated by this Policy and with considering other terms of the Policy and/or self-payment The Insured Person (the

самостійною оплатою Застрахованою особою (Страхувальником) вартості наданих їй медичних послуг, пов'язаних із виникненням під час дії Договору події із переліку страхових ризиків, передбачених Договором, та з урахуванням інших умов Договору.

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

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

11.1.1. **ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: Україна +380 668880002**
11.1.2. Додатково: www.novasist.net; E-mail: office@novasist.net;
11.1.3. Додатково: Telegram / WhatsApp +373 79 005 222;
11.1.4. **Номери телефонів в різних країнах світу:**
Туреччина + 902426060252; +902129880276; +902429880235; +902429880231
Єгипет Sharm El Sheikh +20693666856; +20693666857; +20693666858
Telegram/WhatsApp Єгипет Sharm El Sheikh +201015968778
Єгипет Hurghada +20653547642; +20653547641
Telegram/WhatsApp Єгипет Hughada +201014264934
Греція + 302111983973
Іспанія +34931731427
Румунія +40312294628
Тайланд +66 600035168
Болгарія +35956918004
Латвія +37164415233
США +1 202 7889718
Інші по світу +373 22 994 955

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

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

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

11.5. У випадку, якщо Застрахована особа за власні кошти сплатила вартість медичних послуг, для розгляду питання про

Insured) the cost of the medical services rendered to her, due the event during the validity of the Policy if the event is in the list of insurance risks stipulated by the Policy and with considering other conditions of the Policy.

11. ACTION OF THE INSURED PERSON (INSURER, BENEFICIARY) AT THE EVENT OF THE INSURANCE CASE

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

11.1.1 **MAIN PHONE NUMBER: Ukraine +380 668880002**
11.1.2 Additional: www.novasist.net; E-mail: office@novasist.net;
11.1.3 Additional: Skype: Telegram / WhatsApp +373 79 005 222;
11.1.4 **Phone Numbers in Different Countries:**
Turkey + 902426060252; +902129880276; +902429880235; +902429880231
Egypt Sharm El Sheikh +20693666856; +20693666857; +20693666858
Telegram/WhatsApp Egypt Sharm El Sheikh +201015968778
Egypt Hurghada +20653547642; +20653547641
Telegram/WhatsApp Egypt Hughada +201014264934
Greece + 302111983973
Spain +34931731427
Romania +40312294628
Thailand +66 600035168
Bulgaria +35956918004
Latvia +37164415233
USA +1 202 7889718
Rest of the world +373 22 994 955

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

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

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

11.5 In the event that the Insured person has paid the cost of health services at his own expense, to inspect the issue of reimbursement of

відшкодування таких витрат Застрахована особа повинна звернутись до Страховика не пізніше ніж протягом 10 (десяти) діб після повернення в Україну.

such expenses, the Insured person must contact the Insurer not later than within 10 (ten) days upon returning to Ukraine.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.1.14. на діагностику та лікування органів зору та слуху, окрім екстреної медичної допомоги (первинна консультація);

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

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

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

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

12.2. Якщо репатріацію тіла Застрахованої особи здійснила третя особа без погодження із Уповноваженим представником Страховика (Страховиком), то Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на репатріацію особі, яка понесла такі витрати, в розмірі:

12. EXCLUSION OF INSURANCE COSTS AND LIMITATION OF INSURANCE AFTER INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

12.1 The insurer does not recognize insurance cases and does not make insurance payments (including not reimbursing expenses), with all the exceptions and restrictions of insurance specified in clause 6 of PP, as well as:

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

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

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

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

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

12.1.6 for any prosthesis, transplantation of organs or tissues;

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

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

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

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

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

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

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

12.1.14 on diagnostics and treatment of the organs of vision and hearing, except emergency medical care (initial consultation);

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

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

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

12.1.18 related to the ritual attributes and burial ritual of the Insured person.

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

12.2.1. 100% від понесених витрат, якщо репатріація проводилась в межах території, що визначена в Договорі як “Країни Європи, СНД, Балтії”;
12.2.2. 50% від понесених витрат, якщо репатріація проводилась з інших країн ніж країни, визначені в Договорі як “Країни Європи, СНД, Балтії”.
12.3. **Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:**
12.3.1. захворювань та їх наслідків чи ускладнень, не вилікуваних на день початку поїздки за кордон;
12.3.2. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;
12.3.3. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування або лікування під час закордонної поїздки могло бути передбачуваним з огляду на наявні у Застрахованої особи захворювання та стани;
12.3.4. станів та/чи захворювань, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, а також захворювання та стани (в т.ч. продовження лікування), що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного місця проживання;
12.3.5. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;
12.3.6. будь-яких хронічних захворювань і станів та їх наслідків, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання, крім випадків надання медичної допомоги в зв’язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;
12.3.7. які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення в країну постійного місця проживання можливо замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;
12.3.8. після відмови Застрахованої особи від медичної евакуації до країни постійного проживання за відсутності медичних протипоказань для такої евакуації;
12.3.9. вроджених аномалій чи вад розвитку, хромосомних аномалій тощо;
12.3.10. венеричних захворювань, захворювань, що передаються статевим шляхом і СНІДу, а також всіх захворювань, викликаних ВІЛ-інфекцією;
12.3.11. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;
12.3.12. нервових, неврологічних захворювань та станів, судомних приступів та їх наслідків;
12.3.13. будь-яких новоутворювань (злоякісних та доброякісних), онкологічних захворювань;
12.3.14. захворювань серцево-судинної системи та будь-яких оперативних (хірургічних) методів їх лікування, в т.ч., накладання анастомозів, шунтів, пластики дефектів клапанів та перегородок, ангіопластики за допомогою стента (стентування) та інших;
12.3.15. будь-яких хвороб кістково-м’язевої системи (між хребцева кила, спондилоартроз, остеохондроз, вікові та хронічні дегенеративно-дистрофічні зміни);
12.3.16. мікозів та дерматологічних хвороб (псоріаз, нейродерміт, екзема, дерматит, вугрова хвороба, мозолі, бородави, папіломи, алопеція, демодекоз, паразитарні хвороби шкіри тощо);
12.3.17. будь-яких респіраторних та інших інфекційних захворювань, що не супроводжуються вираженою гіпертермією (понад 38 градусів по Цельсію);
12.3.18. в тому числі медичний огляд та/чи діагностику, що не є необхідною для зняття гострого болю, надання першої допомоги при раптовому захворюванні чи тілесному ушкодженні, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними як невідкладні з медичної точки зору;
12.3.19. будь-яких супутніх захворювань;
12.3.20. захворювань ендокринної системи;
12.3.21. захворювань крові та кровотворних органів;

12.2.1 100% of the costs incurred if the repatriation was carried out within the territory defined in this Policy as " European, CIS and Baltic countries";

12.2.2 50% of the costs incurred if the repatriation was conducted from countries other than the countries defined in this Policy as " European, CIS and Baltic countries".
12.3 **Not eligible for treatment and diagnostics:**

12.3.1 diseases and their consequences or complications not cured on the day of beginning of travel abroad;
12.3.2 diseases which from the medical point of view are contraindications for traveling abroad;
12.3.3 diseases and / or conditions when the journey was made with the intent to receive treatment or treatment during a trip abroad could be predictable due to the presence of the disease and condition in the Insured Person;
12.3.4 Conditions and / or diseases that arose prior to the beginning of the period of insurance and / or on the territory of the place of habitual residence, as well as diseases and conditions (including continuation of treatment) that occurred after the return of the Insured person to a permanent place of residence ;
12.3.5 diseases, the emergence of which could have been prevented by early vaccination;
12.3.6 any chronic diseases and conditions and their consequences which have begun during their stay in the country of permanent residence, except for cases of provision of medical care in connection with acute pain and / or in the extent necessary to save the life of the Insured person for the presence of a direct threat to the life of the insured person;
12.3.7 which may be postponed until the return journey, including the conduct of surgical operations, which may replace the course of conservative treatment and / or first aid, before returning to the country of permanent residence;
12.3.8 after refusal of the Insured person from medical evacuation to the country of permanent residence in the absence of medical contraindications for such evacuation.
12.3.9 Congenital anomalies or developmental defects, chromosomal abnormalities, etc .;
12.3.10 venereal diseases, sexually transmitted diseases and AIDS, as well as all diseases caused by HIV infection;

12.3.11 psychiatric and / or psychotherapeutic diseases and disorders, schizophrenia, epilepsy, dementia, all types of psychoses and any violations of the mental state;
12.3.12 Nervous, neurological diseases and conditions, convulsive seizures and their consequences;
12.3.13 any neoplasms (malignant and benign), oncological diseases;

12.3.14 diseases of the cardiovascular system and any surgical (surgical) methods of their treatment, including, anastomoses, shunts, plastic defects of valves and partitions, angioplasty with stent (stenting) and others;
12.3.15 any diseases of the musculoskeletal system (between vertebral hernia, spondyloarthrosis, osteochondrosis, age-related and chronic degenerative-dystrophic changes);
12.3.16 mycoses and dermatological diseases (psoriasis, neurodermatitis, eczema, dermatitis, acne, calluses, warts, papillomas, alopecia, demodicosis, parasitic skin diseases, etc.);
12.3.17 any respiratory and other infectious diseases not accompanied by severe hyperthermia (more than 38 degrees Celsius);

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

12.3.19 any concomitant diseases;
12.3.20 diseases of the endocrine system;
12.3.21 blood diseases and hematopoietic organs;

12.3.22. гепатитів будь-якої етіології, туберкульозу, професійних захворювань та їх наслідків;
12.3.23. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);
12.3.24. епідемічних та пандемічних хвороб;
12.3.25. сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання та/чи інших алергічних реакцій (крім станів, що несуть пряму загрозу життю);
12.3.26. гострої та хронічної променевої хвороби;
12.3.27. кесонної хвороби;
12.3.28. дисгормональних станів (клімакс, аденома простати, ендометріоз, фіброміома, мастопатія, кисти яєчників, порушення менструального циклу, перед менструальний синдром, фіброаденома, ерозії та диплазія шийки матки), окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо);
12.3.29. інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту та інших органів (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз тощо);
12.3.30. будь-яких уражень шкіри та організму через укуси комах (комарів, кліщів тощо), павуків, морських їжаків, опіків від коралів, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи.

12.3.22 hepatitis of any etiology, tuberculosis, occupational diseases and their consequences;
12.3.23 traumatic injuries due to instability of joints or repeated traumatic injuries (usual dislocations);

12.3.24 epidemic and pandemic diseases;
12.3.25 sunburns, allergic reactions to solar radiation and / or other allergic reactions (except those that are a direct threat to life);

12.3.26 acute and chronic radiation sickness;
12.3.27 caisson disease;
12.3.28 hormonal conditions (menopause, prostate adenoma, endometriosis, fibromyoma, mastopathy, ovarian cysts, menstrual disorders, pre-menstrual syndrome, fibroadenoma, erosion and cervical dysplasia), except for life-threatening conditions bleeding, etc.);

12.3.29 invasive diseases of the gastrointestinal tract and other organs (amebiasis, giardiasis, ascariasis, etc.);
12.3.30 any damage to the skin and organism due to insect bites (mosquitoes, mites, etc.), spiders, sea urchins, coral burns, except for the conditions that endanger the life of the Insured person.

13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ (ВИТРАТ) ПРИ СТРАХУВАННІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

13.1. Для прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у виплаті Застрахована особа (Страхувальник, Вигодонабувач) надає Страховику наступні належним чином оформлені документи:
a) за переліком, визначеним п. 5.7 ПЧД;
b) оригінали рахунків медичних установ на оплату вартості отриманих Застрахованою особою послуг із штампами/відмітками про оплату цих рахунків Застрахованою особою/Вигодонабувачем;
c) оригінали квитанцій та/або чеків, що підтверджують оплату вищеназваних рахунків;
d) оригінал(и) документу(ів) з медичного закладу на фірмовому бланку та/або з відповідним штампом (виписку з карти амбулаторного чи стаціонарного хворого), де вказані: дані пацієнта, повний клінічний діагноз, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення, проведене та призначене лікування, подальші рекомендації т.ін., підпис(и) Застрахованої особи про отримання даних послуг;
e) оригінали рецептів з підписом лікаря та печаткою на придбання призначених медикаментів, де вказано прізвище лікаря;

f) оригінали розрахункових документів про оплату медикаментів за рецептом лікаря;
g) оригінал офіційного протоколу, довідки, акту або іншого документу, виданого компетентними органами, який підтверджує факт настання нещасного випадку або травми і обставини події;
h) у разі, якщо у ІЧД позначено "так" фактор ризику "фізична праця" - також документи, що підтверджують таку мету подорожі за переліком, запитуваним Страховиком;
i) у разі смерті Застрахованої особи надаються також:
– оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
– оригінал чи нотаріально засвідчена копія лікарського свідоцтва про смерть та оригінал довідки лікаря про причину смерті;
– оригінал чи нотаріально засвідчена копія свідоцтва про право на спадщину, виданого державним нотаріусом (для спадкоємця (-ів) Застрахованої особи);
– оригінали документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи;
j) інші документи на вимогу Страховика та/або згідно закону.

13. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE INSURANCE CASE AND SIZE OF DAMAGES IN THE INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES

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

(a) in the list specified in clause 5.7 of PP;
(b) The originals of medical institutions' accounts for the payment of the services received by the Insured by stamps / notes on payment of these accounts by the Insured Person / Beneficiary;
(c) Originals of receipts and / or checks confirming the payment of the above invoices;
(d) the original (s) of the document (s) from the medical institution on the company form and / or with the corresponding stamp (an extract from the card of the outpatient or inpatient patient), in which: the patient's data, the complete clinical diagnosis, the data about the separate medical procedures and their dates holding, conducted and prescribed treatment, further recommendations, etc., signature (s) of the Insured person about the receipt of these services;
(e) Originals of prescriptions with a doctor's signature and a seal for the purchase of prescribed medications, where the name of the doctor is indicated;
(f) Originals of settlement documents for the payment of medicines at the doctor's prescription;
(g) the original of the official report, certificate, certificate or other document issued by the competent authorities confirming the fact of an accident or injury and circumstances of the event;
(h) in the case of a risk group W, also documents confirming such a purpose of travel on the list requested by the Insurer;

(i) in case of death of the Insured Person, also:
– original or notarized copy of the death certificate of the Insured person;
– the original or notarized copy of the medical certificate of death and the original of the certificate of the doctor about the cause of death;

– original or notarized copy of the certificate of the right to inheritance issued by the state notary (for the heir (s) of the Insured person);
– the original documents on the services of carriage of the body of the Insured person;
j) other documents at the request of the Insurer and / or in accordance with the law.

14. Всі інші умови страхування медичних витрат викладені в п.п.1-8 ПЧД.

14. All other conditions for the insurance of medical expenses are set forth in clauses 1 to 8 of PP.

15. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

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

15. SUBJECT OF POLICY IN INSURANCE AGAINST DAMAGES

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

16. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

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

16.1.1. Встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності в результаті нещасного випадку;

16.1.2. Смерть Застрахованої особи в результаті нещасного випадку.

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

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

16. LIST OF INSURANCE CASES IN ACCIDENT INSURANCE

16.1 An insured event is an event occurring as a result of an accident with the Insured person during the term of the Policy (in the territory specified in IP as the territory of its operation), namely:

16.1.1 Establishment of the insured person of primary disability as a result of an accident;

16.1.2 Death of the insured person as a result of an accident.

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

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

17. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

17.1. При страхуванні від нещасних випадків Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати за всіма виключеннями та обмеженнями страхування, визначеними у п. 6 ПЧД, а також не визнає страховими випадками:

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

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

17. EXCLUSION OF INSURANCE CASES IN ACCIDENT INSURANCE

17.1 in case of accident insurance, the Insurer does not recognize insurance cases and does not make insurance payments with all the exceptions and restrictions of insurance defined in clause 6 of PP, and also does not recognize insurance cases:

17.1.1 death or invalidity of the Insured Person, which has become a consequence of any illness;

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

18. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ (ВИТРАТ) ПРИ СТРАХУВАННІ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ

18.1. Для одержання страхової виплати Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхового випадку, а у разі смерті Застрахованої особи – протягом 9 (дев'яти) місяців з дня настання страхового випадку, надають Страховикові такі документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

18.1.1. За переліком, визначеним п. 5.7 ПЧД;

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

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

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

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

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

18.1.7. У разі смерті Застрахованої особи – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи; нотаріально засвідчену копію лікарського свідоцтва про смерть із зазначенням причини смерті (повного діагнозу); матеріали компетентних органів

18. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE INSURANCE STATEMENT AND THE SIZE OF LOSES (EXPENSES) AFTER ACCIDENT INSURANCE

18.1 In order to receive an insurance payment, the Insured / Insured person / Beneficiary within 6 (six) months from the date of the insured event, and in case of death of the Insured person - within 9 (nine) months from the date of the insured event, provide the Insurer with the following documents necessary for insurance payment:

18.1.1 In accordance with the list specified in clause 5.7 of PP;

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

18.1.3 Conclusion on the presence / absence of alcoholic, toxic or narcotic intoxication of the Insured person at the time of the occurrence of the event with the signs of the insured event (original);

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

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

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

18.1.7 In case of death of the Insured person - a notarized copy of the death certificate of the Insured person; a notarized copy of the medical certificate of death indicating the cause of death (complete diagnosis); materials of the competent authorities to investigate the causes of death;

щодо розслідування причин смерті; оригінал або нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину Вигодонабувача;

18.1.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.

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

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

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

a) для Застрахованої особи до 18 років: - 100% страхової суми;

b) для Застрахованої особи старше 18 років:

- при встановленні I групи інвалідності – 100% страхової суми;
- при встановленні II групи інвалідності – 75% страхової суми;
- при встановленні III групи інвалідності – 50% страхової суми.

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

19.2. Всі інші умови страхування від нещасних випадків викладені в п.п.1-8 ПЧД.

original or notarized copy of the certificate of the right to inherit the Beneficiary.

18.1.8 Other documents on the reasoned request of the Insurer.

19. PROCEDURE AND CONDITIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF INSURANCE PAYMENTS IN ACCIDENT INSURANCE

19.1 In insurance against accidents, insurance payments are made in the amount of a certain percentage of the sum insured against accident insurance, depending on the nature of the insured event:

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

(a) for an insured person under 18 years of age: - 100% of the sum insured;

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

- when establishing I group of invalidity - 100% of the sum insured;
- when establishing the II group of disability - 75% of the sum insured;
- when establishing the third group of disability - 50% of the sum insured.

19.1.2 In case of death of the Insured person as a result of an accident - 100% of the sum insured.

19.2 All other conditions of insurance against accidents are set forth in clauses 1 to 8 of PP.

Таблиця 1/ Table 1

Опис програми добровільного страхування подорожуючих за межами України та ліміти відповідальності Страховика за опціями / Description of voluntary insurance program for travelers traveling outside Ukraine and limits of the Insurer's liability for options		**Програми страхування / Insurance program**
		“VECTOR”
Страхування медичних витрат під час подорожі/ Travel insurance for medical expenses		Так (Yes)
Витрати на надані Застрахованій особі медичні та додаткові послуги / Costs of medical and ancillary services provided to the Insured person:	**Швидкої медичної допомоги** або перевезення транспортним засобом до найближчого медичного закладу, якщо цього потребує стан здоров’я Застрахованої особи / Ambulance or transportation to a nearby health facility if the Insured person's health requires it	Так (Yes)
	Амбулаторного лікування у медичному закладі або у ліцензованого лікаря, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, оплата призначених медикаментів / Outpatient treatment at a medical institution or licensed doctor, namely: necessary consultations, diagnostics, treatment, payment for prescribed medicines	Так (Yes)
	Стаціонарне лікування в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі /Inpatient treatment in a medical institution, namely: necessary consultations, diagnostics, treatment, surgery, medical support, stay in wards of the standard type, nutrition according to the standards adopted in this medical institution	Так (Yes)
	Ліміт на **загострення хронічного захворювання / Limit on exacerbation of chronic disease**	-
	Екстрена **стоматологічна допомога / Emergency dental care**	100 EUR/USD
	Екстрена **медична евакуація / Emergency medical evacuation**	Так (Yes)
	Транспортні витрати на супроводжуючу особу за наявності медичної довідки про необхідність супроводу / Transport costs for accompanying person in the presence of a medical certificate on the need for escort	Так (Yes)
	Репатріація тіла до митного пункту України / Repatriation of the body to the customs office of Ukraine	Так (Yes)
	Телефонний зв'язок з приводу повідомлення про страховий випадок / Telephone connection regarding the notification of an accident	Так (Yes)
	Одноразова **передача термінового повідомлення,** пов’язаного зі страховим випадком, сім’ї Застрахованої особи / One-time transfer of an urgent message related to an insured event to the Insured person's family	Так (Yes)
	Повернення Застрахованої особи економічним класом до країни реєстрації при травматичному пошкодженні, яке перешкоджає керуванню транспортним засобом / Return of the Insured Person by Economy Class to the Country of Registration in the Case of Traumatic Damage Which Prevents the Control of the Vehicle	Так (Yes)
	Франшиза / Deductible	На вибір (for choice)
Страхування від нещасних випадків / Accident Insurance		Так (Yes)