

Шановні Панове!

Дякуємо за те, що Ви оформили Договір страхування Страхової компанії «Альфа Страхування». Ставши його власником, Ви отримали право під час Вашої поїздки за кордон, в разі настання з Вами нещасного випадку або раптового захворювання, отримати у потрібному обсязі невідкладну медичну допомогу та/або гарантію відшкодування Ваших витрат, здійснених з тією ж метою. За допомогою цього Договору Ви також маєте можливість вирішити ряд інших проблем, які виникають під час зарубіжної подорожі. Організацію необхідних Вам послуг забезпечує Міжнародна компанія з асистансу "SAVITAR GROUP" (далі – сервісна служба).

Будь ласка, уважно прочитайте основні умови страхування, які викладено у цьому Договорі, а при необхідності отримання медичної та іншої допомоги, надання якої гарантують СК «Альфа Страхування» та "SAVITAR GROUP", дійте у відповідності з умовами, зазначеними на цій сторінці.

Бажаємо Вам приємної подорожі!

FOR DOCTORS ATTENTION ONLY!!!

Dear Doctor,
The holder of the present Policy is covered in accordance with the terms and conditions of this Insurance.

If he is admitted to your hospital or clinic as an outpatient or inpatient, SAVITAR GROUP must be notified within 24 hours of admission in order to confirm the payment of medical service.

Please, find enclosed list of the SAVITAR GROUP contact telephone numbers.

Please, call the local representative office or head office to receive confirmation of medical bills payment.

SAVITAR GROUP:

Tel.: + 38 044 599 54 04, +38 044 594 27 94; Fax: + 38 044 599 54 14

E-mail: ukr@savitar-gr.com

Please, provide SAVITAR GROUP with the following information:

- does the patient has a Contract issued by PJSC «INSURANCE COMPANY «ALFA STRAKHUVANNYA»;

- full name of the patient, number and period of validity of the Contract;

- place and contact phone number where the patient can be reached;

- brief description of the problem and nature of requested help.

Ваші дії при необхідності отримання послуг, передбачених цим Договором:

1) Повідомте СЕРВІСНУ СЛУЖБУ про подію, що сталась будь-яким способом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення і повідомте таку інформацію про себе:

- ім'я та прізвище, номер Договору і строк його дії;

- характер події, яка настала з Вами;

- ваше місцезнаходження та контактний телефон;

- яка допомога Вам потрібна.

2) Якщо стан Вашого здоров'я не дозволяє звернутись до СЕРВІСНОЇ СЛУЖБИ до початку лікування, пред'явіть цей Договір лікарю, що Вас лікує. Повідомте про подію «SAVITAR GROUP» після початку лікування, як тільки з'явиться можливість.

Повідомте про подію за номерами телефонів: **+ 38 044 599 54 04, +38 044 594 27 94**

або за наступними номерами телефонів, в залежності від країни перебування (мови спілкування: українська, російська, англійська):

Австрія/Austria: + 4 31 229 71 77

Болгарія/Bulgaria: + 3 592 491 73 41

Греція/Greece: + 30 231 213 34 00, +30 231 118 03 24, +30 211 234 00 62

Єгипет/Еgypt: + 20 106 957 99 99, + 20 100 294 59 63, + 20 100 294 38 81

Ізраїль/Israel: + 9 723 912 56 55

Італія/Italy: + 39 023 631 14 66

Іспанія/Spain: + 3 491 187 76 99

Казахстан/Kazakhstan: + 77 27 323 13 44

Кіпр/Cyprus: + 35 72 403 00 50

Китай/China: + 86 108 783 33 86

Німеччина/Germany: + 49 302 17 82 534

Польща/Poland: + 4 822 490 69 99

США/USA: + 1 201 680 05 55

Таїланд/Thailand: + 66 60 00 35 129, + 66 85 27 69 117

Туреччина/Turkey: +90 212 93 27 030, + 90 212 70 55 325

Чехія/Czech Rep: + 42 022 625 97 76

Факс: + 38 044 599 54 14, + 38 044 272 61 30

Електронна адреса для відправлення повідомлення про подію: ukr@savitar-gr.com

ЧАСТИНА 2

ПОСЛУГИ ПЕРЕДБАЧЕНІ ДОГОВОРОМ, ВАРТІСТЬ ЯКИХ ОПЛАЧУЄ СТРАХОВИК

1. **Для будь-якої Застрахованої особи:**
 - 1.1. Програма А:
 - 1.1.1. Невідкладна медична допомога;
 - 1.1.2. Невідкладна стоматологічна допомога:
 - при виникненні гострого зубного болю - до 150 USD/EUR
 - внаслідок настання нещасного випадку - до 300 USD/EUR
 - 1.1.3. Невідкладна акушерська допомога до 28-го тижня вагітності;
 - 1.1.4. Транспортування Застрахованої особи, в разі клінічної необхідності – за медичними показниками, до найближчої лікарні або лікаря;
 - 1.1.5. Репатріація Застрахованої особи;
 - 1.1.6. Репатріація тіла Застрахованої особи.
 - 1.2. Програма В:

Послуги передбачені договором А, а також такі додаткові послуги:

 - 1.2.1. Візит близького родича;
 - 1.2.2. Дострокове повернення Застрахованої особи;
 - 1.2.3. Евакуація неповнолітніх дітей;
 - 1.2.4. Заміщення Застрахованої особи;
 - 1.2.5. Компенсація вартості послуг телефонного зв'язку.

THIS INSURANCE WILL COVER THE FOLLOWING EXPENSES

1. **For any Policyholder:**
 - 1.1. **Program A:**
 - 1.1.1. Emergency medical care;
 - 1.1.2. Emergency Dental treatment to relieve pain up to 150 USD/EUR or any dental treatment costs caused by accident up to 300 USD/EUR
 - 1.1.3. Pregnancy aid up to 28-th week;
 - 1.1.4. Transportation in case of clinical necessity caused by the medical state to the nearest hospital or to the doctor;
 - 1.1.5. Repatriation;
 - 1.1.6. Human remains repatriation.
 - 1.2. **Program B:**

Services are foreseen an program A and additional services:

 - 1.2.1. Visit of a close relative;
 - 1.2.2. Return before the due date;
 - 1.2.3. Evacuation of children;
 - 1.2.4. Replacement of the Policyholder;
 - 1.2.5. Compensation cost of telephone services.

ГЛАВА 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВІЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

- 1.1. **Договір страхування** (надалі за текстом – Договір) – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни та виконувати всі інші умови Договору.
- 1.2. **Медичні витрати / Medical expenses** – добровільне страхування медичних витрат. Програма "Страхування медичних витрат осіб, що здійснюють зарубіжні поїздки". Умови Договору за цим видом страхування викладені у Главі 2 цієї Частини Договору.
- 1.3. **Нещасні випадки / Accident insurance** – добровільне страхування від нещасних випадків. Програма "Страхування від нещасного випадку осіб, які здійснюють зарубіжні поїздки". Умови Договору за цим видом страхування викладені у Главі 3 цієї Частини Договору.
- 1.4. **Додаткове медичне страхування / Additional medical insurance** – добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я). Програма "Додаткове добровільне медичне страхування осіб, що здійснюють зарубіжні поїздки". Умови Договору за цим видом страхування викладені у Главі 4 цієї Частини Договору.
- 1.5. **Неможливість здійснення поїздки / Trip's cancellation insurance** – добровільне страхування фінансових ризиків. Програма "Страхування ризику неможливості здійснення зарубіжної поїздки". Умови Договору за цим видом страхування викладені у Главі 5 цієї Частини Договору.
- 1.6. **Фінансові ризики під час подорожі / Financial risks during trips** – добровільне страхування фінансових ризиків. Програма "Страхування фінансових ризиків під час здійснення зарубіжної поїздки". Умови Договору за цим видом страхування викладені у Главі 6 цієї Частини Договору.
- 1.7. **Асистианська компанія** – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) під час настання подій, передбачених Договором як страхові випадки, надає послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) за кордоном в разі настання страхового випадку, а також здійснює оплату наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг від імені Страховика.
- 1.8. **Ідентифікаційна картка** – документ, який може видаватись Страхувальнику (Застрахованій особі), згідно з умовами Договору, як підтвердження укладання з цією особою Договору страхування.
- 1.9. **Нещасний випадок** – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що не залежить від волі особи та супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи сторонніх предметів, утолнення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом

або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування, кліщовий або після прищеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), правець, ботулізм.

- 1.10. **СТД** – суб'єкт туристичної діяльності, що згідно законодавства України має право на надання послуг з організації зарубіжних поїздок для громадян.
- 1.11. **Договір про надання туристичних послуг** – домовленість сторін, укладена в письмовій формі за умовами якої одна сторона (суб'єкт туристичної діяльності) за встановлену договором плату зобов'язується забезпечити надання за замовленням іншої сторони (туриста - Страхувальника (Застрахованої особи)) комплексу туристичних послуг. Договір про надання туристичних послуг може укладатись шляхом видачі ваучера.
- 1.12. **Туристський ваучер («путівка»), надалі Ваучер** – документ, що підтверджує статус особи або групи осіб як туристів, оплату послуг чи її гарантію і є підставою для отримання туристом або групою туристів туристичних послуг.
- 1.13. **Разова зарубіжна поїздка** – поїздка, яка здійснюється Страхувальником (Застрахованою особою) з чітко визначеними строками перебування за кордоном, з можливістю разового в'їзду на обмежений строк до обраної країни подорожі (території (місця дії) Договору). Як правило, такі поїздки можуть здійснюватись по гостьовим, туристичним, робочим та іншим типам віз, які дають право разового в'їзду на територію обраної країни
- 1.14. **Багаторазова зарубіжна поїздка** – поїздка, яка здійснюється Страхувальником (Застрахованою особою) з відкритою датою перебування за кордоном, тобто Страхувальник (Застрахована особа) може перебувати на території обраної країни (території (місця дії) Договору страхування) багаторазово але у межах лімітів (днів) визначених у Договорі страхування, при цьому при кожному в'їзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Страхувальником (Застрахованою особою) на території (місця дії) Договору страхування. Як правило, такі поїздки можуть здійснюватись по гостьовим, туристичним, робочим та іншим типам віз, які дають право в'їзду на територію обраної країни багаторазово.
- 1.15. **Правила страхування (надалі Правила)** – Правила страхування Страховика, зареєстровані належним чином у Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, на підставі яких Страховик укладає Договори страхування. Цей Договір укладений на підставі таких Правил Страховика:
 - 1.15.1. Правила 1 – «Правила добровільного страхування медичних витрат»;
 - 1.15.2. Правила 2 – «Правила добровільного страхування від нещасних випадків»;
 - 1.15.3. Правила 3 – «Правила добровільного страхування фінансових ризиків»;
 - 1.15.4. Правила 4 – «Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)»;
 - 1.15.5. Номери Правил та дати їх затвердження Страховиком, зазначених у пп. 1.15.1-1.15.4 цієї Глави,

- зазначені у Частині 1 Договору.
- 1.16. **Раптове захворювання** – раптове непередбачене гостре погіршення стану здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), що загрожує життю та здоров'ю цієї особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги.
- 1.17. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Альфа Страхування».
- 1.18. **Страхувальник** – юридична або фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.
- 1.19. **Застрахована особа** – особа, на користь якої укладено Договір. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування відносно себе, він одночасно є Застрахованою особою. Застрахована особа, згідно з умовами Договору, може набувати права та обов'язки Страхувальника.
- 1.20. **Найближчі родичі** – родичі особи першої лінії рідства, а саме чоловік/дружина, діти, батьки, брати/сестри.
- 1.21. **Третя особа** – будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника і Застрахованих осіб.
- 1.22. **Місце постійного проживання** – місце проживання фізичної особи на території якої-небудь держави не менше одного року, яка не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових (посадових) обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).
- 1.23. **Заняття спортом на аматорському рівні (sport A)** – нерегулярні (в тому числі разово) заняття будь-яким видом спорту (в тому числі під час відпочинку) або регулярні заняття спортом (відвідування спортивної секції), коли спорт не є основним родом діяльності Страхувальника (Застрахованої особи) та Страхувальник (Застрахована особа) не приймає участь у змаганнях.
- 1.24. **Заняття спортом на професійному рівні (sport P)** – регулярні заняття будь-яким видом спорту, коли спорт є основним родом діяльності Страхувальника (Застрахованої особи) або Страхувальник (Застрахована особа) приймає участь у змаганнях.
- 1.25. **Франшиза** – це частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Якщо розмір франшизи визначено в іноземній валюті, то перерахунок суми франшизи у гривні проводиться за офіційним обмінним курсом Національного Банку України (далі за текстом НБУ) на дату настання страхового випадку.

2. МІСЦЕ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

- 2.1. Місце та строк дії Договору, зазначені у цьому пункті, не стосуються Програми «Страхування ризику неможливості здійснення зарубіжної поїздки» та Програми «Додаткове добровільне медичне страхування осіб, що здійснюють зарубіжні поїздки», умови за якими викладені у Главі 4 та 5 цієї Частини Договору відповідно.
- 2.2. Цей Договір діє виключно на території країн, зазначених у Частині 1 Договору як «Місце дії Договору».

- 2.3. Територією дії Договору можуть бути території визначені в п.2.2 Глави 1 цієї Частини Договору, за виключенням території країн, де ведуться військові дії та які знаходяться під санкцією ООН (крім випадків, коли це передбачено особливими умовами Договору і сплати додаткового страхового платежу), території країни місця постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи) та територія країни, громадянином якої є Застрахована особа.
- 2.4. Строк дії Договору зазначається в Частині 1 цього Договору.
- 2.5. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за Київським часом) дня, наступного за днем надходження страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок або в касу Страховика.
- 2.6. Страховик несе відповідальність за Договором у межах періоду (кількості днів), яка зазначена в Частині 1 Договору «Обмеження днів».
- 2.7. Початок відповідальності Страховика починається з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю під час виїзду з місця постійного проживання, за умови сплати Страхувальником Страховику страхово-го платежу у повному обсязі, та закінчується з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) митного конт-ролю під час в'їзду у місце постійного проживання, або о 24-00 годині 00 хвилин (за Київським часом) дати, вказаної в Частині 1 цього Договору, як дата закінчення строку його дії, в залежності від того, яка з цих подій відбулася першою. При кожному виїзді за кордон з місця постійного проживання строк дії Договору в частині зобов'язань Страховика зменшується на кількість днів, проведених Страхувальником (Застрахованою особою) на території дії Договору (за межами місця постійного проживання).

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

- 3.1. **Страховик зобов'язаний:**
- 3.1.1. ознайомити Страхувальника (Застраховану особу) з умовами та Правилами страхування;
- 3.1.2. 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;
- 3.1.3. при настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату:
- 3.1.3.1. Асистанській компанії – в порядку та строку, визначених в договорі, укладеним між Асистанською компанією та Страховиком або
- 3.1.3.2. Страхувальнику (Застрахованій особі) або третій особі, яка фактично здійснила оплату отриманих Страхувальником (Застрахованою особою) послуг, передбачених Договором – у відповідному обсязі здійснених витрат, якщо дії Страхувальника (Застрахованої особи) відповідали умовам п.4.3 Глави 2 цієї Частини Договору та випадок, що трапився зі Страхувальником (Застрахованою особою) буде визнано страховим. Виплата здійснюється після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із зарубіжної поїздки – шляхом відшкодування зазначених витрат в межах страхової суми та лімітів, зазначених у Договорі. Страхувальник (Застрахована особа) повинна протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують

- факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до умов цього Договору.
- 3.1.3.3. Страхувальнику (Застрахованій особі) або третій особі, яка фактично здійснила оплату отриманих (Страхувальником) Застрахованою особою послуг, якщо дії Страхувальника (Застрахованої особи) відповідали умовам п.4.4 Глави 2 цієї Частини Договору та випадок, що трапився зі Страхувальником (Застрахованою особою) буде визнано страховим. Виплата здійснюється після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із зарубіжної поїздки. Страхувальник (Застрахована особа) повинна протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до умов цього Договору.
- 3.1.3.3.1. При цьому Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість отриманих медичних послуг та (або) додаткових послуг та (або) придбаних медикаментів або витратних медичних матеріалів лише в розмірі, що не перевищує суми, еквівалентної 100 доларів США або євро (залежно від валюти, у якій встановлено страхову суму).
- 3.1.3.4. Рішення про відшкодування інших витрат, що були здійсненні Страхувальником (Застрахованою особою) для оплати медичних послуг за кордоном, без участі Асистанської компанії (Страховика), та на компенсацію яких може претендувати Страхувальник (Застрахована особа) після повернення з подорожі, приймається на розсуд Страховика, та, у будь-якому випадку, не може перевищувати суми, еквівалентної 100 доларів США або євро (залежно від валюти у якій встановлено страхову суму).
- 3.1.4. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені, розмір якої дорівнює подвійній обліковій ставці НБУ, що діяла протягом періоду прострочки, від суми заборгованості за кожен день прострочки;
- 3.1.5. не розголошувати відомості про Страхувальника (Застраховану особу) та його майновий стан, за винятком випадків, встановлених законом.
- 3.2. **Страхувальник зобов'язаний:**
- 3.2.1. при укладенні Договору, надати Страховику всю інформацію стосовно обставин, які мають істотний вплив на ступінь ризику, такі як: мета подорожі, (професійна діяльність за кордоном, заняття спортом на аматорському та/або професійному рівні, виконанням робіт під час поїздки, проходження медичних оглядів та лікування тощо), а також повідомити інформацію щодо наявності хвороб, в тому числі хронічних, виявлених та існуючих на момент оформлення Договору, та надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 3.2.2. при укладенні Договору на користь інших осіб (Застрахованих осіб) – одержати їх згоду на укладення Договору на їх користь, а також ознайомити їх з умовами та Правилами страхування;
- 3.2.3. внести страховий платіж в повному розмірі в порядку, передбаченому цим Договором;
- 3.2.4. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні Договори, щодо цього предмета Договору;

- 3.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 3.2.6. в разі дострокового припинення дії Договору повернути оригінал Договору Страховику.
- 3.3. **Застрахована особа зобов'язана:**
- 3.3.1. повідомити Страховика/Асистанську компанію про настання випадку, що має ознаки страхового, у порядку та строки, що передбачені Договором;
- 3.3.2. виконувати всі рекомендації Асистанської компанії та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором;
- 3.3.3. надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку або визначення розміру страхової виплати;
- 3.3.4. в частині обставин страхового випадку, звільнити третіх осіб від обов'язку, щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно Страхувальника (Застрахованої особи), а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Страхувальнику (Застрахованій особі) послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної зі страховим випадком.
- 3.4. **Страховик має право:**
- 3.4.1. перед укладенням Договору вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) всю потрібну інформацію для встановлення ступеня страхового ризику;
- 3.4.2. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації;
- 3.4.3. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності, направляти запити до компетентних органів (організацій) про надання відповідних документів і інформації;
- 3.4.4. затримати здійснення страхової виплати до 30 (тридцяти) робочих днів до з'ясування обставин події, в разі наявності обґрунтованих сумнівів в достовірності наданої Страхувальником (Застрахованою особою) інформації;
- 3.4.5. відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені цим Договором та законодавством України.
- 3.5. **Страхувальник (Застрахована особа) має право:**
- 3.5.1. на отримання докладної інформації від Страховика про послуги Асистанської компанії, що надаються Страхувальнику (Застрахованим особам) при виїзді за кордон;
- 3.5.2. на внесення змін та на дострокове припинення дії Договору на умовах, визначених цим Договором;
- 3.5.3. отримати послуги, передбачені умовами цього Договору, в разі необхідності в межах страхової суми та лімітів на відшкодування таких витрат, вказаних у Договорі;
- 3.5.4. отримати від Страховика суму страхової виплати згідно з умовами Договору;
- 3.5.5. на оскарження рішення Страховика про відмову у проведенні страхової виплати в порядку,

визначеному законом.

4. ЗМІНА І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 4.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
 - 4.1.1. закінчення загального строку дії Договору;
 - 4.1.2. використання Страхувальником (Застрахованою особою) часового ліміту перебування за кордоном, передбаченого Договором (перебування Страхувальником (Застрахованою особою) за межами України або країни постійного проживання протягом періоду, що дорівнює або перевищує передбачений Договором строк.
 - 4.1.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) за Договором у повному обсязі;
 - 4.1.4. несплати Страхувальником (Застрахованою особою) страхових платежів у строки зазначені в Частині 1 Договору;
 - 4.1.5. 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»;
 - 4.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 4.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
 - 4.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 4.2. Дія Договору може бути припинена достроково за вимогою Страхувальника або Страховика.
- 4.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 4.4. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страхувальника, Страхувальник повинен надати Страховику:
 - 4.4.1. оригінал Договору страхування;
 - 4.4.2. заяву про дострокове припинення дії Договору;
 - 4.4.3. закордонний паспорт або інший документ, що посвідчує особу, та на підставі якого Страхувальник (Застрахована особа) перетинала кордон України.
- 4.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, у розмірі 40 % страхового платежу, та фактичних страхових виплат, що були здійсненні за цим Договором.
- 4.6. Якщо вимога Страхувальника достроково припинити дію Договору обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 4.7. У разі дострокового припинення договору, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються

повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, у розмірі 40 % страхового платежу, та фактичних страхових виплат, що були здійсненні за цим Договором. Всі зміни та доповнення до умов Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін шляхом укладання додаткової угоди до діючого Договору або шляхом переукладання Договору.

5. ЗАГАЛЬНІ ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

- 5.1. Страховими випадками не визнаються та виплати за Договором не здійснюються якщо випадки сталися за умов:
 - 5.1.1. прямої або непрямої дії радіації;
 - 5.1.2. самогубства Страхувальника (Застрахованої особи), спроби самогубства або навмисного заподіяння Страхувальника (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень;
 - 5.1.3. вживання нею алкоголю, наркотиків або токсичних речовин; при цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних в країні перебування;
 - 5.1.4. участі Страхувальника (Застрахованої особи) у правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, війнах, а також служби Страхувальника (Застрахованої особи) в військових структурах або формуваннях;
 - 5.1.5. заняття Страхувальником (Застрахованою особою) під час перебування за кордоном будь-яким видами спорту на аматорському або професійному рівні, витрати, пов'язані з подією, що стала наслідком активного, екстремального відпочинку, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, за наявності у Договорі спеціальної відмітки і сплати додаткового страхового платежу;
 - 5.1.6. здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;
 - 5.1.7. нараження Страхувальника (Застрахованої особи) на свідому небезпеку, невинуватий ризик (за винятком рятування життя), порушення загально прийнятих правил власної гігієни, особистої безпеки та правил поведінки у зонах відпочинку, що рекомендовані представниками Страхувальника, туристичного оператора та інструкціями працівників баз розміщення (готелів, пляжів та інше);
 - 5.1.8. при виконанні Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якої фізичної роботи за наймом, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору (Договір має спеціальну відмітку) і сплачено додатковий страховий платіж;
 - 5.1.9. керування Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким транспортним засобом:
 - 5.1.9.1. без наявності при собі посвідчення водія, яке визнається дійсним у країні перебування;
 - 5.1.9.2. у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також у зв'язку з передачею нею

- керування іншої особи, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особи, яка не мала прав водія;
- 5.1.10. в наслідок настання форс-мажорних обставин – внаслідок настання обставин непереборної сили (стихійних лих, аварій, пожеж, військових дій, обмежень та/ або заборонювальних чи обмежувальних розпоряджень або інших дій державних органів, військової влади або їх посадових осіб, дій осіб в політичних або терористичних цілях, при цьому не має значення, чи був збиток нанесений в результаті цих дій навмисним або випадковим. У разі настання форс мажорних обставин термін виконання зобов'язань за Договором вважається перенесеним до дати закінчення дії цих обставин. При настанні форс-мажорних обставин в наслідок терористичних дій, у разі, коли це було передбачено особливими умовами Договору і було сплачено додатковий страховий платіж – зобов'язання сторін за Договором виконуються на звичайних умовах передбачених Договором, або при неможливості однією із сторін виконати свої обов'язки на умовах та у терміни передбачені Договором, визначаються індивідуально і за згодою сторін викладаються у Додатковій угоді до Договору.
- 5.2. Застрахованими особами не можуть бути особи:
- 5.2.1. визнані у встановленому порядку недієздатними;
- 5.2.2. що страждають такими захворюваннями: пухлина головного мозку; пухлини спинного мозку та хребетного стовпа; поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях; смерть мозку; травма хребетного стовпа та спинного мозку; гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний; хворі на СНІД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; психічно хворі; інваліди I групи та II групи.
- 5.3. Страховик не несе зобов'язань, якщо на дату укладення Договору Застрахована особа мала статус інваліда I чи II групи.
- 5.4. Якщо внаслідок настання страхового випадку із Застрахованою особою, вона отримує статус інваліда I чи II групи, то дія Договору щодо цієї особи припиняється щодо нещасних випадків, які можуть настати із цією особою після набуття нею вказаного статусу.

6. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 6.1. Спори за цим Договором між сторонами вирішуються шляхом переговорів.
- 6.2. У разі недосягнення згоди, спори вирішуються у порядку, передбаченому законодавством України.

7. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

- 7.1. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страхувальник надає свою згоду:
- 7.1.1. на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо), з метою

- проведення страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
- 7.1.2. на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;
- 7.1.3. Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;
- 7.1.4. зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
- 7.1.5. реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;
- 7.1.6. надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика, передача персональних даних Страхувальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страхувальника.
- 7.2. Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих за Договором осіб та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення.
- 7.3. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.
- 7.4. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору страхування йому була надана інформація, що зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

ГЛАВА 2. СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ЗАРУБІЖНІ ПОЇЗДКИ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 1.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать Закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованих осіб).
- 1.2. За Договором підлягають відшкодування витрати на оплату медичних та інших послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) під час поїздки за кордон при настанні подій передбаченими цим Договором.
- 1.3. Страховим випадком є фактичне надання Страхувальнику (Застрахованій особі) під час здійснення

ним зарубіжної поїздки медичних та інших послуг, передбачених п. 2 Глави 2 цієї Частини Договору, в результаті раптового захворювання або нещасного випадку, що загрожують життю та/або здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи),

2. ПОСЛУГИ, ВАРТІСТЬ НАДАННЯ ЯКИХ ВІДШКОДУЄ СТРАХОВИК

2.1. Послуги, передбачені Програмою А:

- 2.1.1. **Невідкладна медична допомога** – медично виправдані заходи невідкладної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі), яка перебуває в критичному медичному стані, що загрожує життю та здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи);
- 2.1.2. **Невідкладна стоматологічна допомога** – стоматологічні послуги, що надаються Страхувальнику (Застрахованій особі) за медичними показаннями в межах встановлених лімітів відповідальності:
- 2.1.2.1. В разі виникнення гострого зубного болю, що вимагає надання невідкладної стоматологічної допомоги – еквівалент 150 USD/EUR.
- 2.1.2.2. внаслідок настання нещасного випадку, що вимагає надання невідкладної стоматологічної допомоги – еквівалент 300 USD/EUR.
- 2.1.3. **Невідкладна акушерська допомога**, надана Страхувальнику (Застрахованій особі) за медичними показаннями в разі загрози життю та здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи) за умови, що строк вагітності Страхувальника (Застрахованої особи) становив до 28 (двадцяти восьми) тижнів;
- 2.1.4. **Транспортування Страхувальника (Застрахованої особи), в разі клінічної необхідності, за медичними показаннями до лікарні або лікаря**, що знаходиться у безпосередній близькості:
- 2.1.4.1. каретою швидкої допомоги або іншим транспортним засобом (при транспортуванні іншим, медичним, транспортним засобом – використання такого транспортного засобу обов'язково погоджується із Асистанською компанією (Страховиком) та витрати які відшкодує Страховик не перевищує суми, еквівалентної 50 USD/EUR;
- 2.1.4.2. засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом.
- 2.1.5. **Репатріація транспортування Страхувальника (Застрахованої особи)**, з необхідним медичним супроводом (якщо такий супровід призначений лікарем та узгоджений із Асистанською компанією) від місця перебування цієї особи за кордоном у місце його постійного проживання;
- 2.1.5.1. Рішення про необхідність і можливість репатріації, а також про вибір засобу її здійснення і маршрут приймає Страховик за узгодженням із Асистанською компанією, медичним закладом та лікарем Страхувальника (Застрахованої особи);
- 2.1.6. **Репатріація тіла Страхувальника (Застрахованої особи)** у разі його смерті внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, в місці його постійного проживання, або поховання (кремація) тіла Страхувальника (Застрахованої особи) в місці перебування поза межами країни (місця) постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи). Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанська компанія, за узгодженням із Страховиком;

- 2.1.6.1. Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою сторін Договору. Зокрема, ним може бути аеропорт у місці постійного проживання, куди прибуває труна із тілом померлого, або митний пункт у місці постійного проживання, найближчий до її кордону.
- 2.1.6.2. Для організації репатріації, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують їх родинний зв'язок із Страхувальником (Застрахованою особою), а також заяву - підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію України, де постійно проживав Страхувальник (Застрахована особа).
- 2.2. **Послуги передбачені Програмою В. Всі послуги, передбачені Програмою А, а також:**
- 2.2.1.1. **Візит близького родича** Страхувальника (Застрахованої особи) до місця перебування Страхувальника (Застрахованої особи). Якщо Страхувальник (Застрахована особа) внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання знаходиться в медичному закладі поза межами країни (місця) постійного проживання строком більше 10 (десяти) діб та стан його здоров'я за медичним висновком є критичним, Асистанська компанія організовує візит одного з найближчих родичів Страхувальника (Застрахованої особи), а Страховик сплачує вартість проїзду такого близького родича в обидві сторони (квиток на проїзд у автобусі, або у залізничному вагоні 2 класу, або у економічному класі літака) та вартість проживання в готелі (не більше 4 діб, до 50 ЕВРО за добу). Вид транспорту і маршрут, а також готель для проживання визначаються Страховиком;
- 2.2.2. **Дострокове повернення Страхувальника (Застрахованої особи)**. Якщо один з найближчих родичів Страхувальника (Застрахованої особи) в місці постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи) помер або перебуває у стані, небезпечному для життя (за наявності документів, що підтверджують факт цієї події та родинні зв'язки із Страхувальником (Застрахованою особою)), Страховик бере на себе додаткові дорожні витрати щодо дострокового повернення Страхувальника (Застрахованої особи) до країни (місця) постійного проживання. Надання цієї послуги організовує Асистанська компанія. Вид транспорту і маршрут повернення визначаються Страховиком;
- 2.2.3. **Евакуація неповнолітніх дітей**. Якщо із Страхувальником (Застрахованою особою) під час закордонної поїздки стався нещасний випадок або раптове захворювання, що вимагає стаціонарного лікування, і його діти віком до 16 років, які подорожують з нею, залишилися без догляду, Асистанська компанія організовує повернення дітей до місця постійного проживання, а Страховик бере на себе відповідні дорожні витрати. Вид транспорту і маршрут повернення визначаються Страховиком;
- 2.2.4. **Заміщення Страхувальника (Застрахованої особи)**. Якщо під час закордонного службового відрядження Страхувальника (Застрахованої особи) з ним стався нещасний випадок або раптове захворювання, внаслідок чого неможливе здійснення цією особою службових обов'язків, Страховик відшкодує витрати на її заміщення іншим працівником у розмірі вартості квитка на рейс прямого сполучення - автобусом, поїздом (вагон 2 класу) або літаком (економічний клас). Вид транспорту і маршрут визначаються Страховиком;

- 2.2.4.1. При настанні страхових випадків, пов'язаних із наданням послуг, зазначених у п.п.2.2.2 – 2.2.4 Глави 2 цієї Частини Договору, квитки Страхувальника (Застрахованої особи, її дітей) на зворотний проїзд потрібно здати представнику Асистанської компанії. В іншому разі Асистанська компанія (Страховик) має право відмовити у наданні послуг, передбачених п.п.2.2.2 – 2.2.4 Глави 2 цієї Частини Договору.
- 2.2.5. **Компенсація вартості послуг телефонного зв'язку Страхувальника (Застрахованої особи)** або особи, що представляє його інтереси, із Страховиком (Асистанською компанією) з приводу повідомлення про страховий випадок. Максимальна сума відшкодування – еквівалент 10 ЄВРО.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ЗА ГЛОВОЮ 2

- 3.1. Страховик не здійснює страхових виплат за витрати Страхувальника (Застрахованої особи), які пов'язані із наданням таких медичних та інших послуг:
- 3.1.1. медична допомога при загостренні захворювання, яке за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалось або вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язано із гострою смертельною небезпекою для життя Страхувальника (Застрахованої особи) або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому, обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистанською компанією критичного стану Страхувальника (Застрахованої особи);
- 3.1.2. надання стоматологічної допомоги, крім знеболюючого лікування;
- 3.1.3. проведення абортів (крім випадків, коли він необхідний внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання), а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологами, починаючи з 28-го тижня вагітності;
- 3.1.4. плановими консультаціями і обстеженням під час вагітності, незалежно від терміну вагітності;
- 3.1.5. проведення лікування нервових та психічних захворювань та їх загострень, лікування уроджених аномалій та психічного розладу, судомних станів, неврозів (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми, тощо), а також релаксації та станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;
- 3.1.6. лікування венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі СНІД та ВІЛ-інфекція та їх наслідки в т.ч смерті) та (або) будь-якими формами гепатиту та їх наслідками; захворювань статевих органів;
- 3.1.7. лікування та діагностика будь-яких онкологічних захворювань, серцево-судинних захворювань та захворювання головного мозку; травм пов'язаних з уродженими вадами або з розвитком хронічного захворювання;
- 3.1.8. витрати пов'язані з курсом лікування, який розпочався до та триває під час дії договору страхування, або якщо подорож була здійснена, незважаючи на існування медичних протипоказань щодо подорожі;
- 3.1.9. здійснення медичного огляду та медичної допомоги, які не пов'язані з раптовим захворюванням або нещасним випадком, та надання послуг, не передбачених у п. 2. Глави 2 цієї Частини Договору;

- 3.1.10. після проведення початкової діагностики, якщо виявиться, що діагноз встановлений Застрахованої особи не є страховим випадком, оплата наданих послуг та подальше лікування Застрахованої особи Страховиком не здійснюється;
- 3.1.11. проведення відновлювальної терапії або фізіотерапії;
- 3.1.12. проведення операції, пов'язаної з косметичною хірургією;
- 3.1.13. лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи до країни постійно-го проживання; витрати на платне лікування у медичному закладі, а також витрати на технічну, адміністративну, юридичну допомогу у тому випадку, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне отримання наданих послуг;
- 3.1.14. протезуванням та трансплантацією органів;
- 3.1.15. надання медичних послуг, які не є обов'язковими для діагностики та лікування при настанні раптового захворювання або нещасного випадку, в т.ч. придбання медикаментів для профілактики можливих ускладнень;
- 3.1.16. проведення профілактичних заходів, реабілітацій, вакцинацій, щеплень, дезінфекцій, лікарської експертизи;
- 3.1.17. здійснення лікування Страхувальника (Застрахованої особи) його родичами, придбання медикаментів без призначення лікаря;
- 3.1.18. лікування Страхувальника (Застрахованої особи) в санаторії та/або будинку відпочинку;
- 3.1.19. придбання та ремонт виробів медичного призначення (окуляри, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, милиць, тростин, ортезів та ін.);
- 3.1.20. лікування нетрадиційними методами, обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами нетрадиційної медицини;
- 3.1.21. лікування хвороб крові та кровотворних органів, порушень шлу;
- 3.1.22. ангіографія, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, у т.ч ангіопластику та шунтування;
- 3.1.23. захворювання шкіри та її додатків (в тому числі дерматитів, кропивниць, еритем), укуси комах та інших представників флори та фауни, які викликають алергічні реакції, стани, захворювання та які не несуть загрозу життю Застрахованої особи;
- 3.1.24. захворювання вуха, що не супроводжується підвищенням температури тіла (температура t від 37,5 С), інтоксикацією, наявністю рідини чи гною (в тому числі сірчані пробки та ускладнення внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води);
- 3.1.25. ГРЗ та ГРВІ без наявності гіпертермічного синдрому (температура t від 38 С) та наявності ознак дихальної недостатності II-III ст., за виключенням дітей до 16 років;
- 3.1.26. витрати пов'язані з лікуванням незначних хвороб або травм, які піддаються місцевому лікуванню і не перешкоджають продовженню подорожі Застрахованого у т.ч. ушкодження м'яких, верхніх тканин

- шкіри, що не потребують невідкладної медичної допомоги (синці, подрапини);
- 3.1.27. захворювання шлунково – кишкового тракту, що не потребують парентерального лікування, за виключенням дітей до 16 років;
 - 3.1.28. сонячного удару, сонячних опіків та інших гострих змін у шкірному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання;
 - 3.1.29. хронічні захворювання, новоутворення, хвороби ендокринної системи, епідемічні чи пандемічні хвороби;
 - 3.1.30. лікування гострої та хронічної променевої хвороби; лікування патологічних переломів кісток, а також порушень пов'язаних з природним процесом старіння, вікових змін; штучна підтримка життя;
 - 3.1.31. інфекційні, паразитарні, вірусні захворювання, туберкульоз; глаукома, катаракта, відшарування сітківки;
 - 3.1.32. захворювання, на яке Застрахована особа захворіла до набуття чинності договору страхування;
 - 3.1.33. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
 - 3.1.34. штучне запліднення, безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності; стани пов'язані з порушенням менструального циклу;
 - 3.1.35. репатріацією організованою без участі Асистанської компанії; витрати пов'язані з необхідністю залучення спеціальних засобів рятування, або якщо до місця події неможливо дістатись дорогами загального користування;
 - 3.1.36. надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг масажиста , перукаря або косметолога тощо;
 - 3.1.37. Страховик не несе зобов'язань при настанні подій, зазначених у п.п. 2.1. та 2.2. Глави 2 цієї Частини Договору, які сталися до початку дії Договору або після закінчення його строку дії, або після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із закордонної поїздки у місце постійного проживання, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;
 - 3.1.38. Страховик не несе зобов'язань в частині відшкодування моральної шкоди, заподіяної Страхувальнику (Застрахованій особі) під час здійснення нею зарубіжної поїздки;
 - 3.1.39. дія Договору не поширюється на територію місця постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи);
 - 3.1.40. вартість надання послуг, зазначених у п. 2 Глави 2 цієї Частини Договору, та яку, згідно з Договором, відшкодує Страховик, не може перевищити страхову суму в частині відшкодування таких витрат (ліміт витрат), передбачену у Договорі.9

4. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 4.1. В разі настання з Застрахованою особою події, що може бути визнана страховим випадком (необхідності одержання послуг, передбачених умовами Договору), Страхувальник (Застрахована

- особа або третя особа, що представляє його інтереси), зобов'язана негайно, протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин звернутись до Асистанської компанії або її представника за телефонами, що вказані в Договорі та повідомити таку інформацію:
- 4.1.1. назву Страховика, номер цього Договору;
 - 4.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
 - 4.1.3. строк дії цього Договору;
 - 4.1.4. програму страхування;
 - 4.1.5. обставини випадку та характер необхідної допомоги;
 - 4.1.6. своє місцезнаходження та контактний телефон.
- 4.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана чітко дотримуватись вказівок диспетчера Асистанської компанії або її представника.
- 4.3. Якщо звернення до Асистанської компанії у строки передбачені п.4.1 Глави 2 цієї Частини Договору є неможливим внаслідок знаходження Страхувальника (Застрахованої особи) в тяжкому стані (що супроводжується різким погіршенням стану здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) та викликає не здатність її до самообслуговування і потребує госпіталізації) Страхувальник (Застрахована особа або третя особа, що представляє його інтереси) повинен після стабілізації стану здоров'я, при першій нагоді пред'явити представникам медичного закладу, який надав послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) Договір та негайно зателефонувати до Асистанської компанії або Страховика.
- 4.4. Якщо зв'язок з Асистанською компанією є неможливим з будь-яких інших причин, ніж ті, що зазначені в п.4.3 Глави 2 цієї Частини Договору але стан здоров'я Страхувальник (Застрахованої особи) потребує отримання невідкладної медичної допомоги, Страхувальник (Застрахована особа або третя особа, що представляє його інтереси) може самостійно звернутись в медичний заклад та оплатити отримані медичні послуги, та при першій нагоді зателефонувати до Асистанської компанії або Страховика.
- 4.5. Звернення до Асистанської компанії, передбачене п.4.1 Глави 2 цієї Частини Договору, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана здійснювати в кожному випадку необхідності одержання медичних або інших послуг, передбачених Договором.
- 4.6. Якщо згідно із умовами Договору загальний строк його дії перевищує обумовлену кількість днів перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном (при багаторазових зарубіжних поїздках), то при зверненні до Асистанської компанії для отримання послуг Страхувальник (Застрахована особа) повинен, разом із Договором, пред'явити свій закордонний паспорт для перевірки названого обмеження.

5. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 5.1. **Отримувачами страхової виплати є:**
- 5.1.1. Асистанська компанія, яка здійснила витрати – в обсязі вартості послуг, передбачених Договором, які було надано Страхувальнику (Застрахованій особі).

- 5.1.1.1. Порядок здійснення таких страхових виплат регламентується згідно з договором доручення, укладеним між Асистанською компанією і Страховиком.
- 5.1.2. Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, яка фактично здійснила оплату отриманих Страхувальником (Застрахованою особою) послуг, передбачених Договором – у відповідному обсязі здійснених витрат, якщо дії Страхувальника (Застрахованої особи) відповідали п.4.3 Глави 2 цієї Частини Договору та випадок, що трапився зі Страхувальником (Застрахованою особою) буде визнано страховим. Виплата здійснюється після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із зарубіжної поїздки – шляхом відшкодування зазначених витрат в межах страхової суми та лімітів, зазначених у Договорі. Страхувальник (Застрахована особа) повинна протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до умов цього Договору.
- 5.1.3. Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, яка фактично здійснила оплату отриманих (Страхувальником) Застрахованою особою послуг, якщо дії Страхувальника (Застрахованої особи) відповідали умовам п.4.4 Глави 2 цієї Частини Договору та випадок, що трапився зі Страхувальником (Застрахованою особою) буде визнано страховим. Виплата здійснюється після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із зарубіжної поїздки. Страхувальник (Застрахована особа) повинна протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня повернення з подорожі надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до умов цього Договору.
- 5.1.3.1. При цьому Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість отриманих медичних послуг та (або) додаткових послуг та (або) придбаних медикаментів або витратних медичних матеріалів лише в розмірі, що не перевищує суми, еквівалентної 100 доларів США або євро (залежно від валюти у якій встановлено страхову суму).
- 5.1.4. Рішення про відшкодування інших витрат, що були здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) для оплати медичних послуг за кордоном, без участі Асистанської компанії (Страховика), та на компенсацію яких може претендувати Страхувальник (Застрахована особа) після повернення з подорожі, приймається на розсуд Страховика, та, у будь-якому випадку, не може перевищувати суми, еквівалентної 100 доларів США або євро (залежно від валюти у якій встановлено страхову суму).
- 5.1.5. Якщо на дату закінчення строку дії Договору, Страхувальник (Застрахована особа) ще перебуває за кордоном і його стан вимагає невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком особа не підлягає репатріації в країну постійного проживання, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном терміном не більше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів, за умови що такі витрати не виходять за межі страхової суми. У випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи) в період зазначений в цьому пункті, внаслідок страхового випадку, що стався у період дії Договору відшкодування витрат пов'язаних з репатріацією тіла загиблого приймається на розсуд Страховика.
- 5.2. Строки прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат:
- 5.2.1. рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання Страховиком усіх необхідних та належним чином оформлених документів;
- 5.2.2. страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати та здійснює страхову виплату в межах фактичних витрат, узгоджених із Асистанською компанією або із Страховиком, згідно з офіційним обмінним курсом НБУ на дату здійснення цих витрат.
- 5.2.3. при наявності обґрунтованих сумнівів у повноті та достовірності наданих документів, обставинах та причинах настання страхового випадку Страховик має право затримати прийняття рішення ще на 30 (тридцять) робочих днів до повного з'ясування цих обставин при умові обов'язкового направлення листа на адресу Страхувальника (Застрахованої особи);
- 5.2.4. у випадку відмови у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення про відмову надсилає на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) листа з письмовим повідомленням про відмову та причинами відмови.
- 5.2.5. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, яка представляє його інтереси) повинен звернутися до Страховика з заявою про виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із-за кордону.
- 5.3. **Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, при отриманні страхової виплати особами, вказаними у п.5.1.2. Глави 2 цієї Частини Договору.**
- 5.3.1. Для отримання страхової виплати Страховику, незалежно від умов Договору, надаються наступні документи:
- 5.3.1.1. заява про настання випадку, що може бути визнано страховим та страхову виплату;
- 5.3.1.2. оригінал Договору страхування;
- 5.3.1.3. копія паспорту громадянина України або іншої країни, якщо Страхувальник (Застрахована особа) має інше громадянство (або копія іншого документу, що посвідчує особу);
- 5.3.1.4. оригінал або копію закордонного паспорту з відмітками про перетин кордону;
- 5.3.1.5. оригінал або копію свідоцтва про народження, якщо вік Застрахованої особи – до 16-ти років;
- 5.3.1.6. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
- 5.3.2. додатково до документів, зазначених у п.5.4.1. Глави 2 цієї Частини Договору, додаються:
- 5.3.2.1. **При отриманні медичної допомоги/послуги:**
- 5.3.2.1.1. оригінал довідки (медичного звіту) з медичного закладу (на бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища Страхувальника (Застрахованої особи), анамнезу захворювання, скарг, даних огляду лікаря та остаточного діагнозу, інформації про окремі лікувальні процедури та

- дати їх проведення;
- 5.3.2.1.2. оригінали документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування (штамп про оплату, касовий чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ тощо);
- 5.3.2.1.3. рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви призначених ліків, їх ціни, документи, що підтверджують оплату;
- 5.3.2.1.4. оригінали рахунків за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким користувався Страхувальник (Застрахована особа), внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку;
- 5.3.2.2. **У разі відвідування хворого в стаціонарі найближчими родичами:**
- 5.3.2.2.1. документально підтверджена рекомендація лікаря про необхідність відвідування Страхувальника (Застрахованої особи);
- 5.3.2.2.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду найближчих родичів у випадку відвідування Страхувальника (Застрахованої особи);
- 5.3.2.2.3. документи, що підтверджують родинні зв'язки зі Страхувальником (Застрахованою особою).
- 5.3.2.3. **У разі дострокового повернення Страхувальника (Застрахованої особи) до місця постійного проживання у випадку смерті найближчих родичів Страхувальника (Застрахованої особи):**
- 5.3.2.3.1. свідоцтво про смерть близького родича Страхувальника (Застрахованої особи);
- 5.3.2.3.2. документи, що підтверджують факт оплати вартості проїзду Страхувальника (Застрахованої особи);
- 5.3.2.3.3. документи, що підтверджують родинні зв'язки померлого зі Страхувальником (Застрахованою особою);
- 5.3.2.4. **У разі компенсації вартості послуг телефонного зв'язку.** Рахунок за телекомунікацію з вказаними телефонами Асистанської компанії та документ, що підтверджує його сплату.
- 5.4. **Якщо умови Договору передбачають безумовну франшизу, страхова виплата здійснюється з її врахуванням.**
- 5.5. При отриманні заяви на страхову виплату, Страховик залишає за собою право вимагати здійснення за рахунок Страхувальника (Застрахованої особи) переклад на українську (російську) мову документів, пов'язаних зі страховим випадком (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) або зменшити суму страхової виплати на вартість такого перекладу.

6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ЗАТРИМАННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 6.1. **Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхової виплати є такі обставини:**
- 6.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням **ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони** (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до законодавства України;

- 6.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до настання збитків (шкоди);
- 6.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, зокрема, при оформленні Договору Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику необхідної інформації, яка була суттєвою для визначення ступеню ризику (відносно роду занять при здійсненні закордонної поїздки, стану здоров'я Застрахованої особи тощо);
- 6.1.4. Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, що представляє його інтереси, своєчасно не повідомив або взагалі не повідомив Асистанську компанію про необхідність отримання медичної допомоги (або отриману медичну допомогу) внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання та про витрати, які були здійснені для надання Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги, або навмисно створив перешкоди Страховику (Асистанській компанії) у визначенні обставин події, її характеру та розміру витрат при настанні страхового випадку;
- 6.1.5. неподання документів, зазначених у п. 5.4. Глави 2 цієї Частини Договору;
- 6.1.6. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором, зазначених у Главі 1 цієї Частини Договору;
- 6.1.7. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов п. 4 Глави 2 цієї Частини Договору;
- 6.1.8. наявність обставин, зазначених у п. 5. Глави 1 та п.3 Глави 2 цієї Частини Договору;
- 6.1.9. якщо встановлено факт підробки Страхувальником (Застрахованою особою) документів чи навмисного переукручення фактів, що стосуються страхового випадку;
- 6.1.10. якщо Страхувальник (Застрахована особа) отримала відшкодування витрат за надані їй послуги від особи, винної у заподіянні шкоди Страхувальнику (Застрахованій особі);
- 6.1.11. інші випадки, передбачені законодавством України;
- 6.1.12. проведення евакуації, транспортування або репатріації Страхувальника (Застрахованої особи) без попереднього узгодження із Асистанською компанією та/або Страховиком;
- 6.1.13. порушення Страхувальником (Застрахованою особою) медичних приписів при наданні йому будь-яких видів невідкладної допомоги, а також здійснення ним навмисних дій, що призвели до збільшення витрат Асистанської компанії (Страховика);
- 6.1.14. здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) зарубіжної поїздки з метою отримання за кордоном медичних послуг.
- 6.2. **Підставами для затримання Страховиком здійснення страхової виплати є:**
- 6.2.1. обґрунтовані сумніви Страховика щодо майнового інтересу особи, яка претендує на отримання страхової виплати: зокрема, якщо спадкоємець Страхувальника (Застрахованої особи), який помер, не може підтвердити свій статус, оскільки не має свідоцтва про право на спадщину;
- 6.2.2. порушення кримінальної справи відповідними органами внутрішніх справ проти отримувача страхової виплати - фізичної особи і проведення ними розслідування обставин, що призвели до виникнення

шкоди, за наявності протиправних дій щодо життя та здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), зазначеному в Договорі. Питання про здійснення Страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення зазначеного розслідування (його зупинення, складання обвинувального висновку, закриття кримінальної справи тощо);

- 6.2.3. обґрунтовані сумніви Страховика з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті. У цьому разі Страховик має право затримати страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.
- 6.2.4. У разі затримання страхової виплати, Страховик повинен направити на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) письмове повідомлення з обґрунтуванням причин затримання.

7. ІНШІ УМОВИ

- 7.1. Інші умови Договору в частині добровільного страхування медичних витрат під час здійснення зарубіжної поїздки відповідають Главі 1 цієї Частини Договору.
- 7.2. У разі розбіжності українського варіанту тексту цього Договору з англійським варіантом, перевагу для тлумачення умов Договору має український текст.

ГЛАВА 3. СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ЗАРУБІЖНІ ПОЇЗДКИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 1.1. Додаткове страхування від нещасного випадку, згідно з Главою 3 цієї Частини Договору, проводиться на підставі «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» Страховика, надалі – Правил 2.
- 1.2. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи).

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

- 2.1. Спадкоємець Страхувальника (Застрахованої особи) – особа, яка отримує страхову виплату за Договором на підставі документу, що встановлює право цієї особи на спадщину.
- 2.2. Визначення терміну «Нещасний випадок» надано в Главі 1 цієї Частини Договору.

3. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

- 3.1. Страховим випадком є фактичне настання із Страхувальником (Застрахованою особою) протягом строку дії Договору нещасного випадку, що спричинив такі наслідки:

- 3.1.1. смерть Страхувальника (Застрахованої особи);
- 3.1.2. травматичні або інші тілесні uszkodження Страхувальника (Застрахованої особи).

4. ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 4.1. Про настання нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа) має письмово повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дня його повернення із зарубіжної поїздки, за винятком випадків, коли:
- 4.1.1. внаслідок настання цієї події Страхувальник (Застрахована особа, її представник) зверталась до Асистентської компанії за наданням медичної допомоги;
- 4.1.2. внаслідок нещасного випадку настала смерть Страхувальника (Застрахованої особи).
- 4.2. За умови визнання нещасного випадку страховим випадком, страхова виплата здійснюється Страховиком у таких розмірах:
- 4.2.1. при травматичних або інших тілесних uszkodженнях – згідно з «таблицею Розміру страхових виплат в разі настання травматичних або інших тілесних uszkodжень Застрахованої особи» що міститься у Додатку 2 до Правил 2;
- 4.2.2. при настанні смерті Страхувальника (Застрахованої особи) – 100 % страхової суми.
- ПРИМІТКА.** Виплата, зазначена у п.4.2.2 Глави 3 цієї Частини Договору, проводиться з вирахуванням раніше здійснених виплат, проведених згідно з п.4.2.1. Глави 3 цієї Частини Договору, внаслідок настання того ж нещасного випадку.
- 4.3. Страхову виплату отримує Страхувальник (Застрахована особа), а при настанні смерті цієї особи внаслідок настання нещасного випадку – його спадкоємець.
- 4.4. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) або у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) – його спадкоємець повинні надати Страховику такі документи:
- 4.4.1. заява про настання страхового випадку та страхову виплату;
- 4.4.2. оригінал Договору страхування;
- 4.4.3. копія паспорту громадянина України або іншої країни, якщо Страхувальник (Застрахована особа) має інше громадянство (або копія іншого документу, що засвідчує особу);
- 4.4.4. оригінал або копію закордонного паспорту з відмітками про перетин кордону;
- 4.4.5. оригінал або копію свідоцтва про народження, якщо вік Страхувальника (Застрахованої особи) – до 16-ти років;
- 4.4.6. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера.
- 4.5. Додатково до документів, зазначених у п.4.4 Глави 3 цієї Частини Договору додаються:
- 4.5.1. в разі настання смерті Страхувальника (Застрахованої особи) – свідоцтво про його смерть, а також свідоцтво спадкоємця про право на спадщину;
- 4.5.2. документ, виданий медичною установою країни перебування, який підтверджує час, коли стався нещасний випадок, і що ця подія стала причиною розладу здоров'я (травми) або смерті Страхувальника

- (Застрахованої особи). Таким документом може виступати письмове повідомлення Асистанської компанії про настання із Страхувальником (Застрахованою особою) нещасного випадку;
- 4.5.3. паспорт або інше посвідчення Страхувальника (Застрахованої особи, її спадкоємця) - подається особисто при отриманні суми страхової виплати;
- 4.5.4. довідка про присвоєння ідентифікаційного номера отримувачу страхової виплати.
- 4.5.5. Страховик має право мотивовано вимагати надання інших документів, не зазначених у Розділі 4 Глави 3 цього Частини Договору, якщо на підставі наявних доказів неможливо зробити висновок про факт настання страхового випадку.
- 4.6. Страхова виплата здійснюється згідно з Договором на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати (Страхувальника, Застрахованої особи, іншої особи, що має право на одержання страхової виплати) та складеного страхового акту за встановленою Страховиком формою.
- 4.7. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання усіх належним чином оформлених документів, вказаних у п.4.4 Глави 3 цієї Частини Договору відповідно до даного розділу.
- 4.8. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття рішення про виплату. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення повідомляє в письмовій формі Страхувальника (Застраховану особу) або його спадкоємця про відмову у виплаті, з обґрунтуванням причин відмови.

5. ІНШІ УМОВИ

- 5.1. Інші умови Договору в частині добровільного страхування від нещасних випадків під час здійснення зарубіжної поїздки відповідають Главі 1 цієї Частини Договору.

ГЛАВА 4. ДОДАТКОВЕ ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ОСІБ, ЩО ЗДІЙСНЮЮТЬ ЗАРУБІЖНІ ПОЇЗДКИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Додаткове медичне страхування проводиться на підставі «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» Страховика, надалі – Правил 4.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи), та які полягають у відшкодуванні витрат на медичні послуги після повернення цієї особи із закордонної подорожі, якщо розлад здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) стався під час здійснення ним цієї зарубіжної поїздки.

3. УМОВИ УКЛАДАННЯ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

- 3.1. Страхування за цією програмою здійснюється одночасно із програмою «Страхування медичних витрат осіб, що здійснюють зарубіжні поїздки».
- 3.2. Застрахованими особами за умовами цієї програми можуть бути виключно громадяни України.
- 3.3. Зобов'язання Страховика за цією програмою, відповідно до умов цього Договору, починаються з 00-00 годин дня, проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю при в'їзді на територію України та тривають, у разі визнання випадку, що стався із Страхувальником (Застрахованою особою) страховим, до моменту виконання Страховиком своїх обов'язків за цією програмою, відповідно до умов цього Договору, у повному обсязі, а саме - проведення страхової виплати відповідно до п.6 Глави 4 цієї Частини Договору.

4. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 4.1. Страховим випадком визнається настання розладу здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, з приводу яких проводилось лікування цієї особи в період її перебування за кордоном, та що потребують продовження лікування цієї особи після закінчення зарубіжної поїздки та повернення до місця постійного проживання.
- 4.2. Подія, зазначена у п.4.1 Глави 4 цієї Частини Договору, визнається страховим випадком за таких умов:
- 4.2.1. медична допомога і послуги під час зарубіжної поїздки Страхувальника (Застрахованої особи) були їй надані за участю Асистанської компанії;
- 4.2.2. Асистанська компанія або медична установа, яка є її партнером, визнали необхідність проведення додаткового лікування Страхувальника (Застрахованої особи) після його повернення у місце постійного проживання.

5. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 5.1. В разі настання події, що може бути визнана страховим випадком за цією Програмою, мають бути здійснені дії, вказані у п.п. 4.1 – 4.3 Глави 2 цієї Частини Договору.
- 5.2. Якщо стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок настання подій, передбачених п.1.2 Глави 2 цієї Частини Договору, потребує лікування у стаціонарних умовах за кордоном, що може здійснюватись протягом тривалого строку або зі значними витратами, Асистанська компанія організовує репатріацію цієї особи в Україну для продовження лікування у медичному закладі, визначеному Страховиком. Репатріація проводиться виключно за обставин, якщо стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) дозволяє його транспортувати, а також за наявності згоди Страховика на репатріацію.
- 5.3. Якщо, на думку Асистанської компанії, Страхувальник (Застрахована особа) потребує додаткового амбулаторного лікування після повернення в Україну, Страховик організовує і оплачує відповідні

послуги за умови, що надання медичної допомоги за кордоном було організовано Асистанською компанією, і остання контролювала хід надання лікувальних послуг до моменту виїзду Страховальника (Застрахованої особи) з місця перебування.

- 5.4. Копії медичних документів, які підтверджують надання за кордоном лікувальних послуг Страховальнику (Застрахованій особі) та необхідність продовження його лікування після повернення у місце постійного проживання, мають бути надіслані Страховику шляхом факсимільного зв'язку не пізніше ніж за 24 години до прибуття Страховальника (Застрахованої особи) в Україну. Оригінали зазначених документів надаються Страховику цією особою (її представником) після її прибуття в Україну.

6. ПРОВЕДЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ

- 6.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості медичних послуг, наданих Страховальнику (Застрахованій особі), медичному закладу, в який Страховальник (Застрахована особа) був направлений Страховиком для продовження лікування, або безпосередньо Страховальнику (Застрахованій особі, її представнику), у межах страхових сум (лімітів) встановлених за цією програмою, відповідно до умов цього Договору.
- 6.2. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання усіх належним чином оформлених документів, вказаних у п.п. 6.4, 6.5. Глави 4 цієї Частини Договору. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття рішення про виплату. У випадку рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення повідомляє в письмовій формі Страховальника (Застраховану особу) та медичний заклад (якщо він визначений як отримувач страхової виплати) про відмову у виплаті, з обґрунтуванням причин відмови.
- 6.3. При здійсненні амбулаторного лікування Страховальника (Застрахованої особи), зобов'язання Страховика не поширюються на оплату вартості медикаментів.
- 6.4. **Для проведення страхової виплати Страховику мають бути надані такі документи:**
- 6.4.1. заява на отримання суми страхової виплати;
- 6.4.2. оригінали документів, зазначених у п. 5.4. Глави 4 цієї Частини Договору;
- 6.4.3. звіт медичного закладу про послуги, надані Страховальнику (Застрахованій особі), – при здійсненні виплати медичному закладу;
- 6.5. Якщо, за згодою Страховика і Страховальника (Застрахованої особи), лікування останнього, після його повернення із зарубіжної поїздки, здійснювалось за рахунок Страховальника (Застрахованої особи або іншої особи), то отримувачем страхової виплати є особа, за кошти якої здійснювалось лікування. При цьому, крім документів, зазначених у п.п. 6.4.1., 6.4.2. Глави 4 цієї Частини Договору, Страховику також надаються:
- 6.5.1. документ, що ідентифікує отримувача страхової виплати (паспорт, військовий квиток, тимчасове посвідчення особи громадянина України, тощо) – у разі отримання страхової виплати готівкою через

касу Страховика;

- 6.5.2. довідка про присвоєння ідентифікаційного номера отримувачу страхової виплати;
- 6.5.3. довідка лікаря медичного закладу із переліком медичних послуг та медикаментів призначених у зв'язку із розладом здоров'я Страховальника (Застрахованої особи);
- 6.5.4. фінансовий чек (касову квитанцію) про сплату вартості отриманих Страховальником (Застрахованою особою) медичних послуг (в разі відсутності в фінансовому чеку назви придбаних медикаментів, надається додатково товарний чек);
- 6.5.5. рецепт лікаря з особистою печаткою;
- 6.5.6. в разі додаткового придбання медикаментів (медичних матеріалів) в період лікування Страховальника (Застрахованої особи) у стаціонарному медичному закладі, отримувач страхової виплати додатково надає виписку з історії хвороби Страховальника (Застрахованої особи), з переліком призначених медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для проведення призначеного курсу лікування.
- 6.6. Загальний розмір страхової виплати не може перевищувати:
- 6.6.1. 40 % страхової суми – при амбулаторному лікуванні Страховальника (Застрахованої особи);
- 6.6.2. 100 % страхової суми – при стаціонарному лікуванні Страховальника (Застрахованої особи).
- 6.7. Страховик звільняється від обов'язку організації і оплати медичні послуги Страховальнику (Застрахованої особі) після його повернення в Україну (здійснити страхову виплату) у таких випадках:
- 6.7.1. медична допомога за кордоном була надана Страховальнику (Застрахованій особі) без залучення Асистанської компанії;
- 6.7.2. Страховальник (Застрахована особа) під час її перебування за кордоном не дотримувалась приписів медичних закладів, в яких їй було надано послуги;
- 6.7.3. Страховальник (Застрахована особа) звернулася до Страховика з питання отримання додаткових медичних послуг пізніше, ніж через 3 (три) дні з моменту повернення із зарубіжної поїздки;
- 6.7.4. Страховику не було надано медичних документів про лікувальні послуги, надані Страховальнику (Застрахованій особі) за кордоном, а також документів, які підтверджують необхідність продовження лікування Страховальника (Застрахованої особи) після його повернення із зарубіжної поїздки. Ця умова не стосується випадку, коли частини відповідних документів не було надано з вини Асистанської компанії.

7. ІНШІ УМОВИ

- 7.1.1. Умови додаткового медичного страхування, які не визначено у п.1-6 Глави 4 цієї Частини Договору, регулюються згідно з Правилами 4 та законодавством України.
- 7.1.2. Обмеження страхування і виключення із страхових випадків, згідно з умовами цієї програми, повністю відповідають аналогічним умовам для програми страхування медичних витрат, зазначених у Главі 2 цієї Частини Договору.
- 7.1.3. Інші умови цього Договору в частині додаткового добровільного медичного страхування осіб, які

здійснюють зарубіжні поїздки, відповідають Главі 1 цієї Частини Договору.

ГЛАВА 5. СТРАХУВАННЯ РИЗИКУ НЕМОЖЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ЗАРУБІЖНОЇ ПОЇЗДКИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Добровільне страхування фінансових ризиків, пов'язаних з неможливістю здійснення зарубіжної поїздки, згідно з Главою 5 цієї Частини Договору, проводиться на підставі «Правил добровільного страхування фінансових ризиків» Страховика, в подальшому – Правил 3.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, та пов'язані із володінням, користуванням і розпорядженням коштами Страхувальника (Застрахованої особи), необхідними для здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) запланованої зарубіжної поїздки.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

- 3.1. Страховим ризиком є ймовірне настання збитків Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок неможливості здійснення запланованої Страхувальником (Застрахованою особою) зарубіжної поїздки.
- 3.2. **Страховим випадком** є фактичне настання збитків Страхувальника (Застрахованої особи), що настали внаслідок неможливості здійснення ним запланованої зарубіжної поїздки, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.
- 3.3. Настання збитків Страхувальника (Застрахованої особи), що настали внаслідок неможливості здійснення ним запланованої зарубіжної поїздки, визнається страховим випадком, якщо неможливість здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) зарубіжної поїздки пов'язана із такими подіями:
- 3.3.1. раптове захворювання, нещасний випадок або смерть, що сталися із Страхувальником (Застрахованою особою);
- 3.3.2. раптове захворювання, нещасний випадок або смерть, що сталися з одним із найближчих родичів Страхувальника (Застрахованої особи);

- ПРИМІТКА.** Коло осіб, визначених у якості найближчих родичів Страхувальника (Застрахованої особи), встановлюється згідно з п.1.20. розділу "Визначення термінів" Глави 1 цієї Частини Договору;
- 3.3.3. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) судової повістки, згідно з якою він повинен брати участь у судових засіданнях, або рішення органів внутрішніх справ про обмеження прав Страхувальника (Застрахованої особи) в частині свободи його пересування у зв'язку із відкриттям кримінальної справи;
- 3.3.4. відмова Страхувальника (Застрахованої особи) від зарубіжної поїздки, пов'язана із пошкодженням частини особистого майна цієї особи внаслідок пожежі, стихійного лиха, аварії систем водопостачання,

опалення чи каналізації, дорожньо-транспортної пригоди, а також зловмисних дій третіх осіб;

- ПРИМІТКА.** Настання таких збитків вважається страховим випадком, якщо розмір шкоди, заподіяної Страхувальнику (Застрахованої особи), перевищує більше ніж у 2 (два) рази розмір матеріальних втрат, пов'язаних із відміною зазначеної зарубіжної поїздки. При цьому, розмір збитків, зазначених у першому абзаці цього підпункту, має становити не менше еквіваленту 2000 (двох тисяч) Євро у гривнях за офіційним обмінним курсом НБУ на дату настання збитків;
- 3.3.5. запізнення Страхувальника (Застрахованої особи) на літак, поїзд, тепловід або автобус, внаслідок затримки прибуття міжміського або приміського маршрутного транспортного засобу. При цьому, очікуваний час прибуття цього засобу (за звичайних умов) має відрізнятися не менше ніж на півтори години від часу відправлення транспортного засобу для подальшої подорожі Страхувальника (Застрахованої особи);
- 3.3.6. події, зазначені у п. 3.3. Глави 5 цієї Частини Договору, визнаються страховими випадками, якщо вони настали (або про них стало відомо Страхувальнику (Застрахованої особі) протягом строку дії Договору, згідно з яким Страховик несе зобов'язання за ризиком, названим у п.3.1 Глави 5 цієї Частини Договору.

4. УМОВИ УКЛАДАННЯ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

- 4.1. Договір за цією програмою укладається одночасно із програмою «Страхування медичних витрат осіб, що здійснюють зарубіжні поїздки» на час здійснення нею одноразової зарубіжної поїздки у термін не пізніше ніж за 14 (чотирнадцять) календарних днів до дати початку запланованої зарубіжної поїздки.
- 4.2. За цією програмою на страхування приймаються особи віком від 1 року до 60 років на дату укладання Договору.
- 4.3. Згідно з цим Договором за цією програмою Страховик несе зобов'язання при здійсненні Страхувальником (Застрахованою особою) одноразової зарубіжної поїздки, з 00–00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу, до моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю при виїзді з території України.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

- 5.1. На додаток до Глави 1 цієї Частини Договору, Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату за цією Програмою, якщо події, що призвели до неможливості здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) закордонної поїздки, сталися внаслідок:
- 5.1.1. алкогольного, наркотичного або токсичного отруєння Страхувальника (Застрахованої особи) або одного з його найближчих родичів (за винятком випадку, коли цей стан було спричинено зловмисними діями сторонніх осіб);
- 5.1.2. загострення хронічних захворювань, а також настання (прояву) психічних захворювань Страхувальника (Застрахованої особи) або одного з його найближчих родичів;
- 5.1.3. ускладнень, пов'язаних із вагітністю Страхувальника (Застрахованої особи), крім виникнення

- безпосередньої загрози життю Страхувальника (Застрахованої особи), якщо строк її вагітності становить до 28-ми тижнів;
- 5.1.4. планові госпіталізації Страхувальника (Застрахованої особи) або одного з його найближчих родичів.

6. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ ЗБИТКІВ

- 6.1. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити письмово Страховика про подію, яка стала причиною відмови Страхувальника (Застрахованої особи) від зарубіжної поїздки і може бути визнана як страховий випадок, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту її настання, або з моменту, коли Страхувальник (Застрахована особа) отримав звістку про цю подію, та вжити всі можливі дії по зменшенню розміру збитків, які настали внаслідок скасування запланованої поїздки, а саме:
- 6.1.1. якщо був укладений Договір з СТД, анулювати (припинити, розірвати) Договір про надання туристичних послуг на умовах, визначених таким Договором з СТД;
- 6.1.2. якщо поїздка повинна була здійснюватись Страхувальником (Застрахованою особою) за власний рахунок або за рахунок третьої сторони, зробити всі можливі дії по скасуванню запланованої поїздки та поверненню вартості (частину вартості) зроблених витрат на здійснення цієї поїздки, а саме: повернення вартості (частину вартості) квитків на транспортний засіб для проїзду до пункту призначення і повернення у країну проживання; повернення вартості (частини вартості) бронювання і оплати житла у країні тимчасового перебування, та ін.
- 6.2. Страховик має право відмовити у відшкодуванні тієї частини збитків, яка була зумовлена повним або частковим невиконанням Страхувальником (Застрахованою особою) обов'язків зазначених в п.6.1.1-6.1.2. Глави 5 цієї Частини Договору.

7. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 7.1. Згідно з цією Програмою, відшкодовуються такі матеріальні збитки, що настали внаслідок неможливості здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) зарубіжної поїздки з причин, вказаних у п.3.3. Глави 5 цієї Частини Договору:
- 7.1.1. грошова сума, яка утримується СТД, в разі припинення дії договору про надання Страхувальнику (Застрахованій особі) туристичних послуг, у відповідності з умовами Договору страхування. При цьому, сума страхового відшкодування не може перевищувати розмір загальної вартості туру.
- 7.1.2. суми коштів, витрачених Страхувальником (Застрахованою особою) для здійснення зарубіжної поїздки за власний рахунок або за рахунок третьої сторони, та які не повертаються відповідними установами та організаціями в разі відмови від поїздки, а саме:
- 7.1.2.1. вартість оформлення візових документів;
- 7.1.2.2. вартість (частина вартості) квитків на транспортний засіб для проїзду до пункту призначення і повернення у країну постійного проживання, що не повертається транспортною організацією в разі відмови від поїздки;

- 7.1.2.3. вартість (частину вартості) бронювання і оплати житла у країні перебування.
- 7.1.3. Загальна сума страхової виплати не може перевищити розміру страхової суми, еквівалент якої у гривнях розраховується, виходячи із офіційного обмінного курсу НБУ для валюти, у якій визначено страхову суму, на дату, починаючи з якої Страховик несе зобов'язання за Договором, згідно з п.4.3 Глави 5 цієї Частини Договору.
- 7.2. Для отримання страхової виплати, Страховику мають бути надані такі документи:
- 7.2.1. заява Страхувальника (Застрахованої особи) на страхову виплату. Якщо така заява подається спадкоємцем Страхувальника (Застрахованої особи), до неї додаються копія свідоцтва про смерть Страхувальника (Застрахованої особи) і копія свідоцтва про право спадкоємця на спадщину;
- 7.2.2. для відшкодування сум, зазначених у п.7.1.1 Глави 5 цієї Частини Договору, - копія туристичної путівки, придбаної Страхувальником (Застрахованою особою), а також фінансові документи, що засвідчують розмір сум, як сплачених туристом, так і повернених СТД після припинення дії договору про надання туристичних послуг;
- 7.2.3. для відшкодування сум, зазначених у п.7.1.2 Глави 5 цієї Частини Договору, - документи, що підтверджують загальний розмір витрат Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення закордонної поїздки, і повернення частини цих коштів зазначеній особі у разі її відмови від поїздки;
- 7.2.4. у разі погіршення здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) - довідка медичного закладу, завірена його печаткою і підписом керівника, про наявність протипоказань для здійснення цієї особою зарубіжної поїздки. При цьому, у довідці має бути зазначена дата, починаючи з якої виникли ці протипоказання; у разі смерті Страхувальника (Застрахованої особи) - копія свідоцтва про його смерть;
- 7.2.5. при погіршенні здоров'я найближчого родича Страхувальника (Застрахованої особи) - довідка медичного закладу, завірена його печаткою і підписом керівника, про наявність важкого стану здоров'я цього родича та про необхідність його лікування у стаціонарному медичному закладі або постійного догляду у домашніх умовах. При цьому, у довідці має бути зазначена дата, починаючи з якої виникли ці ускладнення із здоров'ям;
- 7.2.6. у разі смерті найближчого родича Страхувальника (Застрахованої особи) - копія свідоцтва про його смерть;
- 7.2.7. у разі відмови від закордонної поїздки при отриманні Страхувальником (Застрахованою особою) судової повістки або рішення органів внутрішніх справ - копії відповідних документів;
- 7.2.8. при заподіянні збитків майну Страхувальника (Застрахованої особи) - довідка з компетентних органів (пожежної охорони, житлово-експлуатаційної контори, органів внутрішніх справ тощо) відносно причини настання збитків та їх розміру. Останній може бути визначено за згодою сторін Договору (зокрема, за допомогою незалежних експертів);
- 7.2.9. у разі запізнення Страхувальника (Застрахованої особи) на рейс - довідка транспортної організації про очікуваний і фактичний час прибуття маршрутного транспортного засобу до аеропорту, залізничного

- вокзалу, автовокзалу чи пасажирського порту на території країни проживання, звідки Страхувальник (Застрахована особа) повинна була продовжити подорож за кордон;
- 7.2.10. документ, що ідентифікує фізичну особу - отримувача страхової виплати, а саме: паспорт або військовий квиток або тимчасове посвідчення особи громадянина України або посвідка на проживання в Україні або посвідчення біженця;
- 7.2.11. довідку про присвоєння ідентифікаційного номера платника прибуткового податку (подається фізичною особою - отримувачем страхової виплати);
- 7.3. зазначені у п. 7.2 Глави 5 цієї Частини Договору документи надаються Страховику у формі оригінальних примірників, або нотаріально завірених копій, або копій, завірених організацією, що видала відповідний документ, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих копій з оригінальними примірниками документів.
- 7.4. Якщо зазначені у п. 7.2 Глави 5 цієї Частини Договору документи надані Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.
- 7.5. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п`ятнадцяти) робочих днів після одержання усіх належним чином оформлених документів, зазначених у п. 7.2 Глави 5 цієї Частини Договору, відповідно до даного розділу. страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п`ятнадцяти) робочих днів після прийняття рішення про виплату. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п`яти) робочих днів після прийняття рішення повідомляє в письмовій формі Страхувальника (Застраховану особу) та медичний заклад (якщо він визначений як отримувач страхової виплати) про відмову у виплаті, з обґрунтуванням причин відмови.

8. ПІДСТАВАМИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ Є:

- 8.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до законодавства України;
- 8.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 8.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;
- 8.4. несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 8.5. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи,

- винної у їх заподіянні. Якщо збиток відшкодовано частково, виплата страхового відшкодування здійснюється з вирахуванням суми, отриманої як компенсація заподіяного збитку;
- 8.6. наявність обставин, зазначених у п.5 та у п.6.2 Глави 5 цієї Частини Договору і п.5 Глави 1 цієї Частини Договору;
- 8.7. навмисного невиконання розумних і доступних заходів передбачених в п.6 Глави 5 цієї Частини Договору;
- 8.8. повне або часткове невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, передбачених цим Договором;
- 8.9. повне або часткове ненадання Страховику документів, зазначених у п.7.2.Глави 5 цієї Частини Договору;
- 8.10. інші випадки, передбачені законодавством України.

9. ІНШІ УМОВИ

- 9.1. Інші умови Договору в частині страхування ризику неможливості здійснення зарубіжної поїздки відповідають Главі 1 цієї Частини Договору.

ГЛАВА 6. СТРАХУВАННЯ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ЗАРУБІЖНОЇ ПОЇЗДКИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Добровільне страхування, згідно з цією Главою Договору, проводиться на підставі "Правил добровільного страхування фінансових ризиків" Страховика, в подальшому – Правил 3.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, та пов'язані із володінням, користуванням і розпорядженням коштами Страхувальника (Застрахованої особи) під час здійснення Застрахованою особою зарубіжної поїздки.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 3.1. Страховими ризиками є ймовірність настання під час дії цього Договору подій зазначених в п. 3.2. Глави 6 цієї Частини Договору, які не підпадають під виключення та обмеження страхування і наслідком яких є понесення прямих збитків або упущеної вигоди Страхувальником (Застрахованою особою) та під час настання яких виникає зобов'язання Страховика щодо компенсації завданих збитків.
- 3.2. Страховим випадком є фактичне настання під час дії цього Договору нижчезазначених подій, наслідком яких є прями збитки або упущена вигода Страхувальника (Застрахованої особи):
- 3.2.1. відкладення або відміна авіарейсу більше ніж на 4 (чотири) години;
- 3.2.2. затримка доставки багажу більше ніж на 4 (чотири) години понад нормативний час очікування багажу у аеропорту прибуття;

- 3.2.3. втрата багажу, його пошкодження або знищення в період, коли авіаперевізник відповідав за перевезення вантажу;
- 3.2.4. втрати або викрадення таких документів Страхувальника (Застрахованої особи) у місці тимчасового перебування:
 - 3.2.4.1. закордонного паспорту;
 - 3.2.4.2. проїзного документу;
 - 3.2.4.3. банківської платіжної картки;
 - 3.2.4.4. посвідчення водія, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, що належить Страхувальнику (Застрахованій особі) на правах власності, повного господарського володіння, оперативного управління або на інших законних підставах (договір оренди, лізингу, доручення тощо).

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 4.1. Крім виключень зі страхових випадків і обмежень страхування, зазначених у п. 5 Глави 1 цієї Частини Договору, Страховик не відшкодовує послуги, що пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у випадку відкладення або відміни авіарейсу, якщо:
 - 4.1.1. Страхувальник (Застрахована особа) не пройшов реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію внаслідок оголошення страйку або з технічних причин;
 - 4.1.2. затримка авіарейсу стала наслідком страйку або виникла з технічних причин, про які Страхувальнику (Застрахованій особі) було повідомлено до початку реєстрації;
 - 4.1.3. Страхувальник (Застрахована особа) відмовився від польоту до вильоту літака свого рейсу.
 - 4.1.4. Страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту у випадку затримки доставки багажу, якщо:
 - 4.1.4.1. багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є місце постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи);
 - 4.1.4.2. пошкодження багажу, якщо багаж перевозився з невідповідністю упаковки (закупорки) багажу або відправлення багажу у пошкодженому стані;
 - 4.1.4.3. пошкодження або знищення багажу заподіяні будь-якими рідинами, які перевозяться у багажі;
 - 4.1.4.4. Страхувальник (Застрахована особа) не повідомив уповноваженому представнику авіаперевізника про затримку доставки багажу або його втрату;
 - 4.1.4.5. затримка багажу Страхувальника (Застрахованої особи) викликана митним доглядом;
 - 4.1.5. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника (Застрахованої особи) на послуги, що пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту, у випадку втрати багажу, його пошкодження або знищення, що сталися внаслідок конфіскації та/або знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади місця тимчасового перебування;
 - 4.1.6. Страховик не відшкодовує вартість втрачених документів Страхувальника (Застрахованої особи), а саме: особистої, адміністративної та ділової документації (у т.ч. комерційних або наукових матеріалів),

- 4.1.7. дорожніх чеків, авіа і залізничних квитків, цінних паперів, талонів на оплату палива, готівки і т.ін. Страховик не відшкодовує витрати Страхувальника (Застрахованої особи) на відновлення документів у разі:
 - 4.1.8. конфіскації документів представниками офіційної влади місця тимчасового перебування;
 - 4.1.8. неповідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) відповідних служб щодо загублених (втрачених, викрадених) документів, а також ненадання Страхувальником (Застрахованою особою) заяви відповідної форми про відсутні документи;
 - 4.1.9. страховик не відшкодовує збитки Страхувальника (Застрахованої особи), що виникли внаслідок незаконного проведення третіми особами транзакцій з використанням втраченої або викраденої у Страхувальника (Застрахованої особи) банківської картки;
 - 4.1.10. страховик не відшкодовує витрати на заміну документів, якщо така заміна викликана їхнім пошкодженням, що призвело до неможливості використання документів за прямим призначенням.

5. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 5.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) повинен протягом 24 годин:
 - 5.1.1. звернутися до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або до Страховика за телефоном, зазначеним в Договорі страхування та отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити про подію, що сталась.
- ПРИМІТКА.** Якщо Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно терміново здійснити витрати, а повідомити про це неможливо, таке повідомлення передається Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту її настання. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Страхувальника (Застрахованої особи).
- 5.1.2. Повідомити Страховику або Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу):
 - 5.1.2.1. номер договору страхування та строк його дії, назву страхової компанії (при зверненні до Асистансу);
 - 5.1.2.2. прізвище та ім'я Страхувальника (Застрахованої особи);
 - 5.1.2.3. територію (місце) дії Договору страхування;
 - 5.1.2.4. опис події, що трапилась, та характер необхідної допомоги;
 - 5.1.2.5. точне місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи), контактний телефон.
- 5.1.3. Після звернення до Страховика або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу), виконувати її рекомендації щодо своїх подальших дій. За вимогою Страховика або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) Застрахована особа повинна надати власні документи, що підтверджують його особу.
- 5.1.4. Документально підтвердити строк свого знаходження в місці тимчасового перебування, надати

- закордонний паспорт або інший документ, що підтверджує цю обставину.
- 5.1.5. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок випадку, що має ознаки страхового випадку.

6. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

- 6.1. Для отримання страхової виплати Страховику, незалежно від умов Договору, надаються наступні документи:
- 6.1.1. заява про настання страхового випадку та страхову виплату;
- 6.1.2. договір страхування;
- 6.1.3. копія паспорту громадянина України або іншої країни, якщо Страхувальник (Застрахована особа) має інше громадянство (або копія іншого документу, що засвідчує особу);
- 6.1.4. оригінал або копію закордонного паспорту з відмітками про перетин кордону;
- 6.1.5. оригінал або копію свідоцтва про народження, якщо вік Застрахованої особи – до 16-ти років;
- 6.1.6. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
- 6.2. Додатково до документів, зазначених у п.6.1. Глави 6 цієї Частини Договору, додаються:
- 6.2.1. у разі затримки авіарейсу або багажу:
- 6.2.1.1. документи, що підтверджують цю затримку на певний час (відмітка на квитку, довідка з аеропорту або від авіакомпанії тощо з зазначенням точного часу затримки та причини затримки).
- 6.2.2. у разі втрати багажу:
- 6.2.2.1. документи, що підтверджують факт втрати зареєстрованого багажу і вагу цього багажу (довідка з аеропорту або від авіакомпанії тощо);
- 6.2.3. у разі втрати або крадіжки документів, вказаних у п.3.2.4 Глави 6 цієї Частини Договору і отримання тимчасових документів:
- 6.2.3.1. рахунки, квитанції, чеки тощо, що підтверджують надання Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг, пов'язаних з заміною втрачених документів (відсутність яких унеможливило повернення Страхувальника (Застрахованої особи) у країну постійного проживання).
- 6.3. Документи, зазначені в пп. 6.1. – 6.2. Глави 6 цієї Частини Договору, надаються Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом/організацією, яка видала відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

7. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 7.1. Строки прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат.
- 7.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) повинна звернутися до Страховика з заявою про виплату та надати документи, зазначені у пп.6.1. – 6.2. Глави 6 цієї Частини

Договору протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із-за кордону.

- 7.3. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання Страховиком усіх необхідних та належним чином оформлених документів, зазначених у п.п. 6.1. – 6.2. Глави 6 цієї Частини Договору.
- 7.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати, згідно з офіційним обмінним курсом НБУ на дату настання страхового випадку.
- 7.5. При наявності обґрунтованих сумнівів у повноті та достовірності наданих документів, обставинах та причинах настання страхового випадку Страховик має право затримати прийняття рішення ще на 30 (тридцять) робочих днів з метою повного з'ясування цих обставин при умові обов'язкового направлення листа на адресу Страхувальника (Застрахованої особи).
- 7.6. У випадку відмови у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення про відмову відсилає на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) листа з письмовим повідомленням про відмову та причини відмови.
- 7.7. Розмір страхової виплати визначається таким чином:
- 7.7.1. у разі затримки авіарейсу та/або багажу – еквівалент 10 (десять) ЄВРО за кожну повну годину затримки, починаючи з п'ятої, але не більше еквіваленту 150 ЄВРО. При цьому, за неповні години затримки страхова виплата не здійснюється;
- 7.7.2. у разі втрати багажу – еквівалент 20 (двадцять) ЄВРО за кожний кілограм втраченого багажу, але не більше еквіваленту 300 ЄВРО;
- 7.7.3. у разі втрати або крадіжки документів, вказаних у п.3.2.4. Глави 6 цієї Частини Договору, - фактична сума документально підтверджених витрат, здійснена для отримання тимчасових документів, але не більше еквіваленту 200 ЄВРО;
- 7.8. Підставами для затримання Страховиком здійснення страхової виплати є:
- 7.8.1. обґрунтовані сумніви Страховика з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті. У цьому разі Страховик має право затримати страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.
- 7.9. у разі затримання Страхової виплати, Страховик повинен направити на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) письмове повідомлення про це, з обґрунтуванням причин затримання.

8. ІНШІ УМОВИ

- 8.1. Інші умови Договору в частині добровільного страхування фінансових ризиків під час здійснення зарубіжної поїздки відповідають Главі 1 Частини 2 Договору.

THIS INSURANCE WILL COVER THE FOLLOWING EXPENSES

- 1. For any Policyholder:**
 - 1.1. Program A:**
 - 1.1.1. Emergency medical care;**
 - 1.1.2. Emergency Dental treatment to relieve pain up to 150 USD/EUR or any dental treatment costs caused by accident up to 300 USD/EUR**
 - 1.1.3. Pregnancy aid up to 28-th week;**
 - 1.1.4. Transportation in case of clinical necessity caused by the medical state to the nearest hospital or to the doctor;**
 - 1.1.5. Repatriation;**
 - 1.1.6. Human remains repatriation.**
 - 1.2. Program B:**
- Services are foreseen in a program A and additional services:**
- 1.2.1. Visit of a close relative;**
 - 1.2.2. Return before the due date;**
 - 1.2.3. Evacuation of children;**
 - 1.2.4. Replacement of the Policyholder;**
 - 1.2.5. Compensation cost of telephone services.**

CHAPTER 1. GENERAL PROVISIONS

1. DEFINITIONS OF TERMS USED IN INSURANCE AGREEMENT

- 1.1. Insurance contract (hereinafter - Agreement) - a written agreement between the Insurer and Insured, according to which the Insurer undertakes upon the occurrence of an insured event to carry out insurance payment, and the Insured (Policyholder) undertakes to pay insurance premiums within certain Agreement terms and comply with all other terms of the Agreement.
- 1.2. Medical expenses - voluntary insurance of medical costs. The program "Insurance of medical expenses of individuals engaged in foreign travel". Terms and Conditions of the Agreement for this type of insurance are set out in Chapter 2 of this Part of the Agreement.
- 1.3. Accident insurance - voluntary accident insurance. The program "Accident insurance of individuals engaged in foreign travel". Terms and Conditions of the Agreement for this type of insurance are set out in Chapter 3 of this Part of the Agreement.
- 1.4. Additional medical insurance - voluntary medical insurance (permanent health insurance). The program "Additional medical insurance of individuals engaged in foreign travel". Terms and Conditions of the Agreement for this type of insurance are set out in Chapter 4 of this Part of the Agreement.
- 1.5. Trip's cancellation insurance - voluntary insurance of financial risks. The program "Foreign trip's cancellation insurance". Terms and Conditions of the Agreement for this type of insurance are set out in Chapter 5 of this

- Part of the Agreement.
- 1.6. Financial risks during trips - voluntary insurance of financial risks. The program "Financial risks during foreign trips". Terms and Conditions of the Agreement for this type of insurance are set out in Chapter 6 of this Part of the Agreement.
- 1.7. Assistance company - a legal entity acting on behalf of the Insurer and coordinating the activities of the Insured (Policyholder) during the occurrence of events specified by the Agreement as insurance events, provides services to the Policyholder (Insured) abroad upon the occurrence of an insured event, and also pays for the services granted to the Insured (Policyholder) on behalf of the Insurer.
- 1.8. ID card - a document that may be issued to the Insured (Policyholder), in accordance with the terms of Agreement as confirmation of the conclusion of insurance agreement with that individual.
- 1.9. Accident - a sudden unexpected event caused by external circumstances independent of the will of the individual and is accompanied by the human body tissues' damage with violation of their integrity and function, deformities and disorders of the musculoskeletal system. Accidents also include random penetration of foreign bodies into airways, drowning, heat stroke, burns, bites of animal, poisonous insects, snakes, frostbite, hypothermia, electric shock or lightning, accidental poisoning by toxic substances, gases, drugs, poor quality food, tick-borne or after vaccination encephalitis (encephalomyelitis), tetanus, botulism.
- 1.10. STA - the subject of tourism activity, which under the laws of Ukraine has the right to provide services for organizing foreign trips for its citizens.
- 1.11. Agreement for travel services - agreement of the parties, concluded in writing under which one party (STA) is obligated to provide set of travel services for a fee fixed by the agreement by request of the other party (the tourist - Insured (Policyholder)). Agreement for travel services can be concluded by issuing vouchers.
- 1.12. Tourist voucher ("voucher"), hereinafter voucher - a document confirming the status of a person or group of persons as tourists, payment for services or its warranty and is the basis for obtaining of travel services by a tourist or a group of tourists.
- 1.13. Single foreign trip - a trip that is carried by the Insured (Policyholder) with clearly defined terms of stay abroad, with the possibility of a single entry for a limited period to the selected country for trip (area (place) of Agreement). Typically, these trips can be done by a guest, travel, work and other types of visas, entitling for single entry into the territory of the selected country.
- 1.14. Multiple foreign trip - a trip that is carried by the Insured (Policyholder) with an open date of the stay abroad, i.e. the Insured (Policyholder) can stay in a selected country (area (place) of Insurance Agreement) repeatedly but within limits (days) determined in the Insurance agreement, and the every time one goes abroad the term of the insurance coverage is automatically reduced by the number of days spent by the Insured (Policyholder) in the (place) of Insurance Agreement. Typically, these trips can be done by a guest, tourist, work or other types of visas, entitling for multiple entry into the territory of the selected country
- 1.15. Insurance Rules (hereinafter the Rules) - Insurer Rules for Insurance, duly registered in the National Commission for the State Regulation of Financial Services Markets, under which the Insurer concludes the Insurance Agreements. This Agreement is concluded under such Rules of the Insurer:

- 1.15.1. Rule 1 - "Rules for voluntary insurance of medical expenses";
- 1.15.2. Rule 2 - "Rules for Voluntary accident insurance";
- 1.15.3. Rule 3 - "Rules of voluntary insurance of financial risks";
- 1.15.4. Rule 4 - "Rules of voluntary medical insurance (permanent medical insurance)";
- 1.15.5. Rule numbers and dates of their approval by the Insurer referred to in the paragraphs 1.15.1-1.15.4 of this Chapter are indicated in the paragraph 1 of this Agreement.
- 1.16. Sudden illness - sudden unexpected sharp deterioration of health of the Insured (Policyholder) that threatens the life and health of the person and requires emergency treatment.
- 1.17. Insurer - Joint-Stock Company "Insurance company "Alfa Insurance".
- 1.18. Insured - legal or competent natural individual who has entered into an Insurance Agreement with the Insurer.
- 1.19. Policyholder - the person to the benefit of whom the agreement has been concluded. If the Insured enters into agreement of insurance with respect to himself, he is also the Policyholder. The policyholder under the terms of the Agreement may acquire rights and obligations of the Insured.
- 1.20. Closest relatives - relatives of the person of the first line relationships such as husband / wife, children, parents, brothers / sisters.
- 1.21. Third party - any person other than the Insurer, the Insured and the Policyholder.
- 1.22. Place of residence - residence of an individual in the territory of a State not less than one year, who has no permanent residence in other states and intends to reside in the territory of that State for unlimited term, not restricting such residence by a purpose, and provided that such residence is not a consequence of fulfillment by this person of official duties or obligations under the agreement (contract).
- 1.23. Sports at the amateur level (sport A) - irregular (including once) activity in any sport (including during the holidays), or regular exercises (visiting sports section), when the sport is not the main activity of the Insured (Policyholder) and Insured (Policyholder) is not involved in competitions.
- 1.24. Sports at the professional level (sport P) - regular activity in any sport when the sport is the main occupation of the Insured (Policyholder) or the Insured (Policyholder) takes part in competitions.
- 1.25. Reduction franchise - this is part of the losses that are not reimbursed by the Insurer under the Agreement. If the franchise is denominated in a foreign currency, franchise in hryvnas is adjusted under the official exchange rate of the National Bank of Ukraine (NBU hereinafter) on the date of occurrence of the insured event.

2. PLACE AND TERM OF AGREEMENT

- 2.1. Place and term of agreement referred to in this paragraph shall not apply to the program "Foreign trip's cancellation insurance" and the program "Additional medical insurance of individuals engaged in foreign travel", conditions of which are set out in Chapter 4 and 5 of this part of the Agreement respectively.
- 2.2. This Agreement is valid only in the countries listed in Part 1 of the Treaty as "Place of Agreement"
- 2.3. Areas of the Agreement may be areas defined in paragraph 2.2 of Chapter 1 of this Part of the Agreement, with the exception of the country, where military operations are conducted and which are under UN sanc-

- tions (except when provided in the special conditions of the Agreement and payment of additional insurance payment) and the area of country of the place of residence of the Insured (Policyholder).
- 2.4. Term of the Agreement is stated in Part 1 of this Agreement.
- 2.5. The agreement shall enter into force on 00 hours 00 minutes (local time) the day following the date of receipt of the insurance payment in full amount to the current account or in cash to the Insurer.
- 2.6. The Insurer is liable under the Agreement within the period (number of days), as indicated in Part 1 of the Agreement "Restriction of days."
- 2.7. The liability of the Insurer starts from the moment the Insured (Policyholder) crosses border control while leaving the place of permanent residence, provided that the Insured has paid insurance payment to the Insurer in full amount, and ends with the moment when the Insured (Policyholder) undergoes customs control when entering into a place of permanent residence, or at 24-00 hours 00 minutes (Kyiv time) on the date specified in Part 1 of this Agreement like expiration date, depending on which of these events occurred first. Each travel abroad from a permanent residence place the term of the Agreement in terms of the Insurer liabilities reduces by the number of days spent by the Insured (Policyholder) in the area of the Agreement (outside the place of permanent residence).

3. RIGHTS AND DUTIES

- 3.1. The Insurer shall:
 - 3.1.1. inform the Insured (Policyholder) the terms and rules of insurance;
 - 3.1.2. within two (2) working days as soon as it becomes known about the occurrence of the insured event, take steps to execute all necessary documents for the timely payment of the insurance;
 - 3.1.3. upon the occurrence of the insured event, make an insurance payment:
 - 3.1.3.1. to Assistance company – under procedure and within the period specified in the agreement concluded between the Insurer and Assistance company or
 - 3.1.3.2. to the Insured (Policyholder) or a third party that is actually paid for services received by the Insured (Policyholder) and provided by the Agreement - to the extent of the expenses, if the actions of the Insured (Policyholder) were consistent with the paragraph 4.3 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement and the incident that happened with the Insured (Policyholder) will be recognized as insurance. Payment is made after return the Insured (Policyholder) from a trip abroad – costs are incurred by compensation within the sum insured and limits set out in the Agreement. The Insured (Policyholder) shall within fifteen (15) calendar days after returning from a trip to provide the Insurer with the documents confirming fact, cause and circumstances of the insured event and the amount of damages under this Agreement.
 - 3.1.3.3. the Insured (Policyholder) or a third party that is actually paid for services received by the Insured (Policyholder), if the actions of the Insured (Policyholder) were consistent with the paragraph 4.3 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement and the incident that happened with the Insured (Policyholder) will be recognized as insurance. if the Insured (Insured) p.4.4 consistent with Chapter 2 of this Part of the Treaty and the incident that happened with the policyholder (insured) will be insured and knowledge. Payment is made

after return the Insured (Policyholder) from a trip abroad. The Insured (Policyholder) shall within fifteen (15) calendar days after returning from a trip to provide the Insurer with the documents confirming fact, cause and circumstances of the insured event and the amount of damages under this Agreement.

- 3.1.3.3.1. At this, the Insurer reimburses to the Insured person the cost of received health care and (or) additional services and (or) purchased medicines or medical consumable materials only in an amount not exceeding the equivalent of U.S. \$ 100 or Euro (depending on the currency in which insurance amount is set).
- 3.1.3.4. The decision on reimbursement of other expenses made by the Insured (Policyholder) to pay for medical services abroad, without the Assistance Company (Insurer) and for compensation of which the Insured (Policyholder) may apply after returning from a trip, is taken at the discretion of the Insurer, and, in any case, can not exceed the equivalent of U.S. \$ 100 or Euro (depending on the currency in which insurance amount is set).
- 3.1.4. The Insurer bears financial responsibility for late insurance payments by payment to the Insured (Policyholder) of the penalty, in the amount equal to double NBU accounting rate, which operated during the period of overdue, from the outstanding amount for each day of delay;
- 3.1.5. not to disclose information about the Insured (Policyholder) and his/her property, except as required by the law.
- 3.2. The Insured shall:
 - 3.2.1. upon conclusion of the Agreement to provide the Insurer with all information concerning the circumstances having a substantial effect on the degree of risk, such as the purpose of travel (professional activity abroad, sports activity at amateur and/or professional level, performing work while traveling, medical examinations and treatment etc.) and provide information about the availability of diseases, including chronic, identified and existing at the time of registration of Agreement, and continue to keep it informed of any change in insurance risk;
 - 3.2.2. upon conclusion of the Agreement for the benefit of other persons (Policyholders) - to get their consent to conclusion of Agreement for their benefit, as well as familiarize them with the conditions and rules of insurance;
 - 3.2.3. make an insurance payment in full amount in the manner provided this Agreement;
 - 3.2.4. Upon conclusion of the Agreement to notify the Insurer of the other agreements in force in respect of the subject matter of the Agreement;
 - 3.2.5. take measures to prevent and reduce damages caused as a result of the occurrence of insured event;
 - 3.2.6. in the event of early termination to return the original Agreement to the Insurer.
- 3.3. The Policyholder shall:
 - 3.3.1. notify the Insurer/Assistance company about the occurrence of the event that has features of an insurance event in the manner and terms provided by the Agreement;
 - 3.3.2. implement all the recommendations of the Assistance company and the Insurer and agree with them all actions related to the provision of emergence medical and other services provided by the Agreement;
 - 3.3.3. provide, upon request of the Insurer, any information necessary for the determination of the insured event or

determining the amount of insurance payments;
3.3.4. in the circumstances of the insured event, to release third parties from liability in respect of medical confidentiality and trade secrets concerning the Insured (Policyholder) and, at the request of the Insurer, to provide it with the necessary powers to get from the third parties (doctors, medical institutions and other organizations that provided services to the Insured (Policyholder) under the Agreement) any information relating to the insured event.

- 3.4. The Insurer has the right to:
 - 3.4.1. before the conclusion of the Agreement to require from the Insured (Policyholder) all necessary information to identify degree of insurance risk;
 - 3.4.2. require from the Insured (Policyholder) information necessary to establish the circumstances of the insured event, including information constituting a trade secret, and verify the accuracy of such information;
 - 3.4.3. independently investigate the cause and circumstances of an accident, if necessary, to send requests to the competent bodies (organizations) to provide relevant documents and information;
 - 3.4.4. delay insurance payments for up to thirty (30) days to ascertain the circumstances of the incident, if there are reasonable doubts about the authenticity of information provided by the Insured (Policyholder);
 - 3.4.5. refuse the make insurance payments, if there are any grounds specified in this Agreement and the Law of Ukraine.
- 3.5. The Insured (Policyholder) has the right:
 - 3.5.1. to receive detailed information from the Insurer about services of Assistance company, provided to the Insured (Policyholder) when traveling abroad;
 - 3.5.2. to make changes and for early termination under the terms of this Agreement;
 - 3.5.3. to receive services provided under this Agreement, if necessary, within the sum insured and limits of reimbursement for such expenses specified in the Agreement;
 - 3.5.4. to receive from the Insurer the amount of insurance benefit under the terms of the Agreement;
 - 3.5.5. to appeal the decision of the Insurer to refuse to conduct insurance payment in the manner prescribed by law.

4. MODIFICATION AND TERMINATION OF AGREEMENT

- 4.1. Validity of the Agreement is terminated and repealed by consent, and in the case of:
 - 4.1.1. overall completion of the Agreement;
 - 4.1.2. use by the Insured (Policyholder) of time limit abroad, pursuant to the Agreement (stay of the Insured (Policyholder) outside Ukraine or country of residence for a period which equals or exceeds the stipulated agreement period.
- 4.1.3. performance by Insurer of obligations to the Insured (Policyholder) under the Agreement in full;
- 4.1.4. failure to pay by the Insured (Policyholder) of insurance payments within the period mentioned in Part 1 of the Treaty;
- 4.1.5. liquidation of the Insured - legal entity or death of the Insured - individual or loss of capacity, except cases stipulated in Articles 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine "On Insurance";

- 4.1.6. liquidation of the Insurer under procedure established by the legislation of Ukraine;
- 4.1.7. judicial decision on the recognition of the Insurance Agreement void;
- 4.1.8. in other cases stipulated by the legislation of Ukraine.
- 4.2. The Agreement may be terminated prematurely at the request of the Insured or the Insurer.
- 4.3. The intention to terminate the Agreement shall be notified to either party at least thirty (30) days before the date of termination.
- 4.4. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Insured, the Insured shall provide the Insurer:
 - 4.4.1. original Insurance Agreement;
 - 4.4.2. statement on early termination of the Agreement;
 - 4.4.3. passport or other document that proves identity and under which the Insured (Policyholder) crossed the border of Ukraine.
- 4.5. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Insured, the Insurer returns the premiums for the period left before the expiration of the Agreement, exclusive of the legal costs of the case in the amount of 40 % of the insurance payment, and the actual insurance payments made under this Agreement.
- 4.6. If the request of the Insured to terminate the Agreement is due to violation of the Agreement by the Insurer, the latter returns insurance premiums paid by the Insured in full amount.
- 4.7. In the event of early termination of the Agreement, by requirement of the Insurer, the Insured is returned paid insurance premiums in full amount. If the requirement of the Insurer is due to failure by the Insured to fulfill the terms of the agreement, then the Insurer returns the premiums for the period left before the expiration of the Agreement, exclusive of the legal costs of the case in the amount of 40 % of the insurance payment, and the actual insurance payments made under this Agreement. All changes and additions to the Agreement shall be made with the consent of the Insured and the Insurer upon application of either party by entering into additional contract to existing agreement or through renegotiation of the Agreement.

5. GENERAL EXCLUSIONS FROM INSURANCE EVENTS

- 5.1. Insured events are not recognized and payments are not performed under the Agreement, if the events occurred under following conditions:
 - 5.1.1. direct or indirect action of radiation;
 - 5.1.2. suicide of the Insured (Policyholder), attempted suicide or intentional infliction of injuries by the Insured (Policyholder) to oneself;
 - 5.1.3. use of alcohol, drugs or toxic substances by him/her; At this, the state of intoxication is determined on the basis of the consumption of alcoholic beverages in force in the host country;
 - 5.1.4. participation of the Insured (Policyholder) in offense or fights (other than in self-defense), mass disorders, insurrections, riots, wars, as well as service of the Insured (Policyholder) in military structures or groups;
 - 5.1.5. occupation of the Insured (Policyholder) during a stay abroad in any sports at the amateur or professional

- 5.1.6. level, costs associated with the event, which was the result of active, extreme sports , except as provided in the Agreement, if the Agreement contains special mark and an additional insurance premium has been paid; while carrying out or at attempt of the Insured (Policyholder) to carry put illegal actions, which are in direct causal connection with the insured event, which is set by the competent authorities;
- 5.1.7. putting the Insured (Policyholder) at deliberate danger, unjustified risk (except for the rescue of life), breach of generally accepted rules of their own health, personal safety and the rules of conduct in resort areas recommended by the Insured, tour operator and instructions of workers of the recreation facilities (hotels, beaches, etc.);
- 5.1.8. while performing by the Insured (Policyholder) of any individual of employment, unless it is foreseen by the Agreement (Agreement has a special mark) and an additional insurance premium has been paid;
- 5.1.9. while managing any vehicle by the Insured (Policyholder):
 - 5.1.9.1. without having driver's license that is recognized valid in the host country;
 - 5.1.9.2. under alcohol, drugs or toxic influence and in connection with the transfer of its management to another person who was under influence of alcoholic, narcotic or toxic substances, or a person who had no driver's license;
- 5.1.10. as a consequence of force majeure - due to force majeure circumstances (natural disasters, accidents, fires, war, restrictions and / or forbidding or restrictive regulations or other acts of public authorities, military authorities or its officials, the actions of individuals for political or terrorist purposes, and it does not matter whether the damage caused by these actions was intentional or accidental. In case of force majeure the period of obligations performance under the agreement is considered to be transferred to the date of expiry of the circumstances. Upon occurrence of a force majeure as a result of terrorist action, in cases where it was foreseen by the special conditions of the agreement, and an additional insurance premium was paid - obligations of the parties under this Agreement are performed under normal conditions stipulated by the Agreement, in case one of the parties can not fulfill its obligations under the terms and within the time stipulated in the Agreement, they shall be determined individually and with the consent of the parties set forth in additional contract to the Agreement.
- 5.2. The insured persons can not be represented by:
 - 5.2.1. duly qualified as legally incapable;
 - 5.2.2. suffering from the following diseases: brain tumor; tumors of the spinal cord and spinal column; nervous system in malignant tumors; brain death; trauma of the spine and spinal cord; acute cerebrovascular accident (stroke), acute necrotizing encephalitis; patients with AIDS, alcoholism, drug addiction, substance abuse; mentally ill; disabled of I and II groups.
- 5.3. The Insurer is not obligated, if at the date of signing the Agreement the Insured person had the disability status of I or II group.
- 5.4. Is as a result of the insured event the insured person gets disabled status of I or II group, the effect of this Agreement for the person stops concerning the accidents that may occur with this person after entry into the specified status.

6. RESOLUTION OF DISPUTES

- 6.1. Disputes between the parties to this Agreement shall be settled by negotiation.
- 6.2. In case of disagreement, disputes are settled in accordance with the legislation of Ukraine.

7. OTHER CONDITIONS

- 7.1. Pursuant to the requirements of the Law of Ukraine "On Personal Data Protection" by conclusion of the Agreement the Insured gives consent:
 - 7.1.1. to process his/her personal data (any information relating to the Insured, including surname, name, patronymic, year, month, date and place of birth, address, marital, social, financial status, education, occupation, income, etc.) with the aim of insurance proceedings (including the conclusion and performance of this Agreement), and/or suggesting to the Insured of the Insurer services, including through direct contact with him/her by means of communication and implementation of the related financial activities;
 - 7.1.2. to decision-making by the Insurer under the processing of personal data of the Insured (in full and/or part) in the informational (automated) system and/or in the files of personal data;
 - 7.1.3. the Insurer has the right to perform actions with personal data that are associated with the collection, recording, accumulation, saving, adapting, modifying, update, use and dissemination (distribution, sale, transfer), depersonalization, destruction of information about the Insured;
 - 7.1.4. to storage by the Insurer of its personal data for the period of Agreement validity and three years after its termination;
 - 7.1.5. for implementation and regulation of other relationships that require the processing of personal data in accordance with this Agreement and effective legislation of Ukraine;
 - 7.1.6. provision by the Insurer of access to his/her personal data to third parties is done at the discretion of the Insurer, the transfer of the Insured personal data to third parties is made by the Insurer without notice to the Insured.
- 7.2. The Insured gives to the Insurer the personal data of the Policyholders insured under the Agreement and acknowledges that it has received approval for their distribution.
- 7.3. by signing this Agreement the Insured confirms that he/she is properly informed about the inclusion of the personal data into the Insurer's database, about his/her rights, and about the purpose of collecting such data.
- 7.4. by signing this Agreement of insurance the Insured confirms that before the conclusion of this Agreement of insurance he/she was given information provided for by the Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets", the right to information have been explained to the Insured, the nature and volume of the financial services is clear.

CHAPTER 2. INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES OF INDIVIDUALS ENGAGED IN FOREIGN TRAVEL

1. SUBJECT OF AGREEMENT. INSURANCE EVENTS

- 1.1. The subject of the Agreement is the property interests that do not contradict the laws and are related to the

life, health and ability to work of the Insured (Policyholder).

- 1.2. Under the agreement, the expenses medical and other services provided to the Insured (Policyholder) are subject to reimbursement while traveling abroad upon the occurrence of events specified in this Agreement.
- 1.3. Insured event is granting to the Insured (Policyholder) in the course of his trip abroad of medical and other services provided by paragraph 2 of Chapter 2 of this Part of the Treaty, as a result of sudden illness or accident threatening to life and/or health of the Insured (Policyholder).

2. SERVICES, COST OF WHICH SHALL BE REIMBURSED BY THE INSURER

- 2.1. Services, provided by the Program A:
 - 2.1.1. Emergency medical care - justified first medical aid measures for the Insured (Policyholder), as well is in critical medical conditions that threatens the life and health of the Insured (Policyholder);
 - 2.1.2. Emergency Dental treatment - dental services provided to the Insured (Policyholder) for medical reasons within the prescribed limits of liability:
 - 2.1.2.1. In the event of acute dental pain requiring emergency dental care – the equivalent of 150 USD / EUR.
 - 2.1.2.2. Because of an accident that requires emergency dental care - the equivalent of 300 USD / EUR.
 - 2.1.3. Emergency Pregnancy aid provided to the Insured (Policyholder) for medical reasons in the event of threat to life and health of the Insured (Policyholder), provided that the period of pregnancy of the Insured (Policyholder) was up to 28 (twenty eight) weeks;
 - 2.1.4. Transportation of the Insured (Policyholder) in case of clinical necessity caused by the medical state to the nearest hospital or to the doctor, located in close proximity:
 - 2.1.4.1. by ambulance or other vehicle (while using other, medical, vehicle - the use of such vehicle shall be agreed with the Assistance company (the Insurer) and expenses reimbursed by the Insurer do not exceed the equivalent of 50 USD / EUR;
 - 2.1.4.2. by means of air ambulance with necessary medical support.
 - 2.1.5. Repatriation of the Insured (Policyholder) with the necessary medical support (if such support is designated by the doctor and agreed with the Assistance company) from the location of the person abroad to his/her place of continuous residence;
 - 2.1.5.1. Decision on the necessity and possibility of repatriation, as well as the choice of means for its implementation and the route, are taken by the Insurer in agreement with the Assistance company, medical facilities and doctor of the Insured (Policyholder);
 - 2.1.6. Repatriation of human remains of the Insured (Policyholder) in the event of death due to an accident or sudden illness, to his place of residence or burial (cremation) of the body of the Insured (Policyholder) in the place of his/her location outside the country (place) of residence of the Insured (Policyholder). All measures to provide these services are organized exclusively by the Assistance company, in consultation with the Insurer;
 - 2.1.6.1. Repatriation destination is determined by agreement of the Parties. In particular, it can be an airport in the place of residence, where the coffin with the deceased shall come, or the customs point at the place of

- permanent residence closest to its border.
- 2.1.6.2. In order to organize repatriation, the relatives of the deceased should as soon as possible provide the Insurer with duly completed documents to prove their relationship with the Insured (Policyholder), as well as application-confirmation of readiness to take the body of the deceased after the coffin transportation to the customs territory of Ukraine, where the Insured (Policyholder) resides.
- 2.2. Services provided by the Program B. All services provided by the Program A, and:
- 2.2.1.1. Visit of a close relative of the Insured (Policyholder) to the location of the Insured (Policyholder). If the Insured (Policyholder) due to an accident or sudden illness is in a medical facility outside the country (place) of residence for a period of more than ten (10) days and his health by a medical report is critical, the Assistance company organizes a visit of one of the closest relatives of the Insured (Policyholder) and the Insurer pays the cost of the return ticket of such close relative (the ticket to travel on the bus, railroad of 2nd class or economy class by plane) and the cost of hotel accommodation (no more than 4 days, up to 50 euros per day). Mode of transport and route and hotel accommodation are to be determined by the Insurer;
- 2.2.2. Return before the due date of the Insured (Policyholder). If one of the closest relatives of the Insured (Policyholder) in the place of residence of the Insured (Policyholder) has died or is in a condition dangerous to life (if there are any documents confirming the fact and family ties with the Insured (Policyholder)), the Insurer pays for additional travel costs on return before the due date of the Insured (Policyholder) to the country (place) of residence. This service is organized by the Assistance company. Mode of transport and route and hotel accommodation are to be determined by the Insurer;
- 2.2.3. Evacuation of children. If the Insured (Policyholder) during a trip abroad has suffered in an accident or due to sudden illness that requires hospital treatment, and his/her children under 16 years are traveling with him/her, the Assistance company organizes the return of children to their place of permanent residence, and the Insurer incurs the respective travel expenses. Mode of transport and route of return are determined by the Insurer;
- 2.2.4. Replacement of the Insured (Policyholder). If the Insured (Policyholder) in a foreign business trip has suffered in an accident or due to sudden illness that prevent realization of official duties, the Insurer will reimburse the cost of his/her replacement by another employee in the amount of ticket of direct connection – by bus, train (coach of 2nd class) or by air (economy class). Mode of transport and route are determined by the Insurer;
- 2.2.4.1. Upon occurrence of insured events related to the provision of services referred to in paragraphs 2.2.2 - 2.2.4 of Chapter 2 of this Agreement, the tickets of the Insured (Policyholder, his/her children) for the return journey are to be submitted to the Assistance company. Otherwise the Assistance company (Insurer) is entitled to refuse to provide services under paragraphs 2.2.2 - 2.2.4 of Chapter 2 of this Part of the Agreement.
- 2.2.5. Compensation cost of telephone services of the Insured (Policyholder) or person representing his/her interests, with the Insurer (Assistance company) regarding notification of the insured event. The maximum amount of compensation - the equivalent of 10 euros.

3. EXCLUSIONS FROM INSURANCE EVENTS FOR CHAPTER 2

- 3.1. The Insurer does not exercise insurance claims for expenses of the Insured (Policyholder) associated with the provision of medical and other services:
- 3.1.1. medical treatment for acute condition of disease, which in the past six (6) months before the date of travel was treated or required treatment. Exceptions are cases where aggravation of the disease is associated with acute life-threatening condition of the Insured (Policyholder) or may result in permanent disability. Thus, a prerequisite for compensation of medical costs by the Insurer is the verification of the critical state of the Insured (Policyholder) by the Assistance company;
- 3.1.2. provision of dental care except analgesic treatment;
- 3.1.3. abortion (except cases where it is necessary due to accident or sudden illness) and health services related to pregnancy, childbirth and act of delivery, starting from 28 weeks of gestation;
- 3.1.4. planned consultations and examinations during pregnancy, regardless of gestational age;
- 3.1.5. provision of treatment of nervous and mental diseases and their exacerbations, treatment of congenital anomalies and mental disorders, convulsive states, neurosis (panic attacks, depression, hysterical symptoms, etc.) as well as relaxation and conditions under which there is a real risk of rapid deterioration of health;
- 3.1.6. treatment of sexually transmitted diseases and diseases transmitted mainly through sexual contact (including AIDS and HIV infection and its consequences including death) and (or) all forms of hepatitis and its consequences, genital diseases;
- 3.1.7. diagnosis and treatment of any cancer, cardiovascular diseases and brain diseases; injuries associated with congenital or development of chronic diseases;
- 3.1.8. costs associated with the course of treatment, which began before and continued during the term of the Agreement, or if the trip has been made, despite the existence of medical contraindications for travelling;
- 3.1.9. implementation of medical examination and medical care that is not related to sudden illness or accident and provision of services not provided for by the paragraph 2 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement;
- 3.1.10. following the initial diagnosis, if it turns out that the diagnosis established for the Insured person is not an insurance event, payment for rendered services and further treatment of the Insured by the Insurer is not carried out;
- 3.1.11. conducting rehabilitation therapy or physiotherapy;
- 3.1.12. conducting operation associated with cosmetic surgery;
- 3.1.13. treatment that for medical reasons may be postponed for a return to the Insured's country of residence; costs for paid treatment in a medical facility, and the costs for technical, administrative, legal assistance if the insured person is entitled to receive free services;
- 3.1.14. prosthetics and transplantation of organs;
- 3.1.15. provision of medical services that are not required for the diagnosis and treatment at the onset of sudden illness or accident, including the purchasing of medicines for the prevention of possible complications;
- 3.1.16. conducting preventive measures, rehabilitations, vaccinations, immunizations and disinfections, medical examinations;
- 3.1.17. treatment of the Insured (Policyholder) by his/her relatives, purchasing of medicines without prescription;

- 3.1.18. treatment of the Insured (Policyholder) in health resorts and / or sanatoriums;
- 3.1.19. acquisition and maintenance of aids (glasses, contact lenses, hearing aids, artificial limbs, crutches, canes, orthosis etc.)
- 3.1.20. unconventional treatment methods, examination and treatment by methods of manual therapy, reflex therapy (acupuncture), chiropractic, massage, homeopathy, phyto- and naturotherapy and other methods of unprovable medicine;
- 3.1.21. treatment of diseases of blood and blood-forming organs, sleep disturbances;
- 3.1.22. angiography, as well as costs associated with operations on the heart and blood vessels, including angioplasty and bypass surgery;
- 3.1.23. disease of skin and its appendages (including dermatitis, urticaria, erythrocyte), insect bites and other flora and fauna that cause allergic reactions, conditions, diseases, which do not threaten the life of the Insured person;
- 3.1.24. disease of ears that are not accompanied by an increase in body temperature (temperature t from 37.5 C), intoxication, presence of fluid or pus (including sulfur plugs and complications due to hypothermia and (or) ingress of water);
- 3.1.25. ARD and ARVI without hyperthermal syndrome (temperature over 38 C), and evidence of respiratory failure of II-III levels, except for children under 16;
- 3.1.26. costs associated with the treatment of mild diseases or injuries which respond to local treatment and do not prevent the continuation of the Insured's trip including injury of upper skin tissues that do not need emergency medical care (bruises, scratches);
- 3.1.27. diseases of gastro - intestinal tract, not requiring parenteral treatment , except for children under 16 years;
- 3.1.28. sunstroke, sunburn and other acute changes in integument caused by exposure to ultraviolet radiation;
- 3.1.29. chronic diseases, neoplasm, endocrine diseases, epidemic or pandemic diseases;
- 3.1.30. treatment of acute and chronic radiation sickness, treatment of pathological fractures and disorders associated with the natural process of aging, age-related changes; artificial life support;
- 3.1.31. infectious, parasitic, viral diseases, tuberculosis; glaucoma, cataracts, retinal detachment;
- 3.1.32. the disease to which the insured person became ill before the entry of the insurance contract into force;
- 3.1.33. costs when travel was undertaken with a view to treatment;
- 3.1.34. artificial insemination, infertility treatment, measures to prevent pregnancy; conditions related to the menstrual disorder;
- 3.1.35. repatriation organized without the Assistance company; costs associated with the need to attract special rescue units, or if the scene of an accident cannot be reached by public roads;
- 3.1.36. providing facilities and services of additional comfort, including: radio, TV, and massage therapist, barber or beautician services, etc.;
- 3.1.37. the Insurer is not obligated upon the occurrence of events specified in paragraphs 2.1. and 2.2. of Chapter 2 of this Part of the Agreement, which occurred before the start of the Agreement or after its validity period or after the return of the Insured (Policyholder) back from trip abroad to a place of residence as well as non-

- refundable are the expenses covered by the social and health insurance, and other support;
- 3.1.38. the Insurer is not obligated regarding non-pecuniary damage caused to the Insured (Policyholder) in the course of his/her trip abroad;
- 3.1.39. effect of the Agreement shall not apply to the territory of the permanent place of residence of the Insured (Policyholder);
- 3.1.40. costs of providing services referred to in paragraph 2 of Chapter 2 of this Part of the Agreement, and which, under the Agreement, shall be reimbursed by the Insurer, shall not exceed the sum insured regarding reimbursement of expenses (spending limit), provided for in the Agreement. 9

4. ACTIONS OF THE INSURED (POLICYHOLDER) UPON OCCURRENCE OF INSURANCE EVENT

- 4.1. Upon occurrence of the event involving the Insured person that may be recognized as the insured event (the need to obtain services under the Agreement), the Insured (Policyholder) or a third person representing his/her interests) is obliged, within 24 (twenty-four) hours to contact the Assistance company or its representative by phone listed in the Agreement and submit the following information:
 - 4.1.1. Insurer's name, the number of this Agreement;
 - 4.1.2. surname and the name of the Insured;
 - 4.1.3. term of this Agreement;
 - 4.1.4. program of insurance;
 - 4.1.5. circumstances of the case and the nature of the required services;
 - 4.1.6. their address and phone number.
- 4.2. The Insured (Policyholder) must strictly follow the instructions of the dispatcher of the Assistance company or its representatives.
- 4.3. If an appeal to the Assistance company in terms envisaged by paragraph 4.1 of Chapter 2 of this Part of the Agreement is not possible due to staying of the Insured (Policyholder) in serious condition (accompanied by a sharp deterioration of health of the Insured (Policyholder) and causes his/her disability to self service and requires hospitalization), the Insured (Policyholder) or a third party, representing his/her interests) should after stabilization of health, at the first opportunity to submit the Agreement to the representatives of the medical facility that provided services to the Insured (Policyholder) and immediately call the Assistant company or the Insurer.
- 4.4. If the communication with the Assistance company is not possible for any other reasons and timing than those mentioned in paragraph 4.3 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement but the state of health of the Insured (Policyholder) needs to receive urgent medical care, the Insured (Policyholder) or a third person, representing his/her interests) may on one's own appeal to medical institution and pay for received medical services, and at the first opportunity to call the Assistance company or the Insurer.
- 4.5. Communicating the Assistance company, provided by paragraph 4.1 of Chapter 2 of this Part of the Agreement, shall be realized by the Insured (Policyholder) in each case when there is the need to obtain medical or other services provided by the Agreement.

- 4.6. If in accordance with the general conditions of the Agreement, the term of its validity exceeds the agreed number of days of the Insured (Policyholder) abroad (with multiple overseas trips), then when referring to the Assistance company to obtain the services, the Insured (Policyholder) shall submit, together with the Agreement, his/her passport for verification of the named constraint.

5. PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE BENEFITS

- 5.1. Recipients of insurance benefits are:
- 5.1.1. The Assistance company, which performed the costs - to the extent of the value of services provided by the Agreement, which were granted to the Insured (Policyholder).
- 5.1.1.1. Procedure for payment of such insurance benefits is regulated under the assignment contract concluded between the Assistance company and the Insurer.
- 5.1.2. The Insured (Policyholder) or a third person who actually made the payment for the services received by the Insured (Policyholder) under agreement - to the extent of the expenses, if the actions of the Insured (Policyholder) corresponded to the paragraph 4.3 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement and the event occurred with the Insured (Policyholder) is recognized as insurance. Payment is made after the return of the Insured (Policyholder) from a trip abroad - through reimburse of incurred expenses within the sum insured and limits set out in the Agreement. The Insured (Policyholder) shall however within 15 (fifteen) days from the date of return provide the Insurer with documents that confirm the fact, causes and circumstances of the insured event and the amount of damages under this Agreement.
- 5.1.3. The Insured (Policyholder) or a third person who actually paid for the services received by the Insured (Policyholder), if the actions of the Insured (Policyholder) corresponded to the paragraph 4.4 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement and the event occurred with the Insured (Policyholder) is recognized as insurance. Payment is made after the return of the Insured (Policyholder) from a trip abroad - through reimburse of incurred expenses within the sum insured and limits set out in the Agreement. The Insured (Policyholder) shall however within 15 (fifteen) days from the date of return provide the Insurer with documents that confirm the fact, causes and circumstances of the insured event and the amount of damages under this Agreement.
- 5.1.3.1. At this, the Insurer reimburses to the Insured person the cost of received health care and (or) additional services and (or) purchased medicines or medical consumable materials only in an amount not exceeding the equivalent of U.S. \$ 100 or Euro (depending on the currency in which insurance amount is set).
- 5.1.4. The decision on reimbursement of other expenses made by the Insured (Policyholder) to pay for medical services abroad, without the Assistance Company (Insurer) and for compensation of which the Insured (Policyholder) may apply after returning from a trip, is taken at the discretion of the Insurer, and, in any case, can not exceed the equivalent of U.S. \$ 100 or Euro (depending on the currency in which insurance amount is set).
- 5.1.5. If on the date of expiry of the Agreement, the Insured (Policyholder) is still abroad and his/her condition requires immediate medical care, but under medical examination the person is not subject to repatriation to the country of residence, the Insurer reimburses the costs of further emergency treatment of the Insured

(Policyholder) abroad for a period of not more than fifteen (15) calendar days, provided that such costs do not exceed the sum insured. In case of death of the Insured (Policyholder) during the period referred to in this paragraph as a result of an insured event that occurred during the period of the Agreement, the reimbursement of expenditures connected to the repatriation of the body of the deceased is accepted at the discretion of the Insurer.

- 5.2. Time frames for taking decision to perform or deny payment of insurance benefits:
- 5.2.1. decision on payment or denial of insurance benefits is accepted by the Insurer within 15 (fifteen) working days from the receipt of all necessary and properly executed documents by the Insurer;
- 5.2.2. insurance payment is made by the Insurer within fifteen (15) working days after the decision on the insurance payments. The Insurer decides on the insurance payments and provides insurance payment within the actual expenditures consistent with the Assistance company or the Insurer, according to the official exchange rate on the date of such payment.
- 5.2.3. if there are reasonable doubts concerning the authenticity and completeness of the submitted documents, the circumstances and causes of the occurrence of insured event, the Insurer has the right to delay the decision for another thirty (30) days to fully clarify these circumstances provided it is necessary to send a letter to the Insured (Policyholder);
- 5.2.4. in case of denial of insurance benefit the Insurer within five (5) working days after the decision on denial send to the address of the Insured (Policyholder) with a written notice of the refusal and the reasons for the refusal.
- 5.2.5. For receipt of insurance payment the Insured (Policyholder) or a third person representing his interests) shall apply to the Insurer with an application for payment within 15 (fifteen) working days from the date of return of the Insured (Policyholder) from abroad.
- 5.3. List of documents confirming the occurrence of insurance event and amount of loss, when receiving the payment of insurance benefit by persons described in paragraph 5.1.2. of the Chapter 2 of this Part of the Agreement.
- 5.3.1. For receipt of insurance benefits the Insurer, regardless of the Agreement conditions, shall be provided with the following documents:
- 5.3.1.1. statement on occurrence of the event that can be recognized as insurance and insurance benefit;
- 5.3.1.2. original Insurance Agreement;
- 5.3.1.3. copy of the passport of the citizen of Ukraine or another country if the Insured (Policyholder) has another citizenship (or a copy of any other document proving the identity);
- 5.3.1.4. original or copy of passport with stamps of border crossing;
- 5.3.1.5. original or a copy of birth certificate if the Insured's age – under 16 years;
- 5.3.1.6. copy of identification number;
- 5.3.2. additionally to those specified in paragraph 5.4.1. of the Chapter 2 of this Part of the Agreement shall be added:
- 5.3.2.1. Upon receipt of medical care / services:

- 5.3.2.1.1. original certificate (medical report) from the medical establishment (on the letterhead of the institution or with the appropriate stamp) indicating surname of the Insured (Policyholder), history of the disease, complaints, doctor's survey data and final diagnosis, information about specific treatments and dates of conducting them;
- 5.3.2.1.2. originals of documents confirming payment of the treatment carried out (payment stamp, cashier's receipt, bank receipt showing the amount of transfer, etc.);
- 5.3.2.1.3. receipts with seal, which shows the name of doctor, name of intended drug, pricing, documents confirming the payment;
- 5.3.2.1.4. original bills for provision of specialized transport and / or other, which was used by the Insured (Policyholder), due to sudden illness or accident;
- 5.3.2.2. In case of a visit to patient in the hospital by closest relatives:
 - 5.3.2.2.1. documented doctor's advice on the need of visiting the Insured (Policyholder);
 - 5.3.2.2.2. documents confirming the payment of fares for closest relatives when visiting the Insured (Policyholder);
 - 5.3.2.2.3. documents proving the family relationship with the Insured (Policyholder).
- 5.3.2.3. In case of return before the due date of the Insured (Policyholder) to the place of residence in case of death of closest relatives of the Insured (Policyholder):
 - 5.3.2.3.1. certificate of death of a close relative of the Insured (Policyholder);
 - 5.3.2.3.2. documents confirming the payment of fare by the Insured (Policyholder);
 - 5.3.2.3.3. documents proving the family relationship with the deceased insured (Policyholder);
- 5.3.2.4. In case of compensation for telephone services. Telecommunications bill with the indicated phones of the Assistance company and document confirming its payment.
- 5.4. If the clauses of the Agreement envisage unconditional franchise, the insurance payment is made with its deduction.
- 5.5. Upon receipt of an application for insurance payment, the Insurer reserves the right to require translation of the documents related to the insured event (information, medical conclusions, invoices, etc.) into Ukrainian (Russian) language at the cost of the Insured (Policyholder) or reduce the amount of insurance premium on the value of the translation.

6. REASONS FOR REJECTION OF INSURANCE BENEFITS OR DETENTION OF INSURANCE BENEFITS

- 6.1. Grounds for refusal in paying the insurance benefits by the Insurer include the following circumstances:
 - 6.1.1. deliberate actions of the Insured (Policyholder) aimed at occurrence of the insured event. The above rule does not apply to activities associated with the implementation of his/her civil or official duty or in a state of necessary defense (without exceeding its limits) or the protection of property, life, health, honor, dignity and business reputation. Qualification of such actions is realized under the legislation of Ukraine;
 - 6.1.2. commission by the Insured (Policyholder) of intentional crime that led to the onset of damage (loss);
 - 6.1.3. submission by the Insured (Policyholder) of false information about the subject of the Insurance Agreement or the fact of the insured event, especially when in the process of Agreement drafting the Insured (Policy-

- holder) has not provided the Insurer with information that was essential to definition of risk (concerning occupation when making overseas travel, health of the Insured etc.);
- 6.1.4. the Insured (Policyholder) or a third party that represents his/her interests, did not timely report or at all did not report the Assistance company about the necessity to apply for medical assistance (or aid received) due to an accident or sudden illness and about the expenses that have been made to provide the Insured (Policyholder) with medical assistance or deliberately created obstacles to the Insurer (Assistance company) in determining the circumstances of the event, its nature and amount of expenses upon occurrence of insured event;
- 6.1.5. failure to provide documents mentioned in paragraph 5.4. of the Chapter 2 of this Part of the Agreement;
- 6.1.6. failure of the Insured (Policyholder) to perform his/her obligations under the Agreement referred to in Chapter 1 of this Part of Agreement;
- 6.1.7. failure of the Insured (Policyholder) to perform the conditions of paragraph 4 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement;
- 6.1.8. existence of circumstances specified in paragraph 5 of the Chapter 1 and paragraph 3 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement;
- 6.1.9. if it has been established that there is the fact of forgery by the Insured (Policyholder) of the documents or deliberate distortion of the facts relating to the insured event;
- 6.1.10. if the Insured (Policyholder) received reimbursement for services provided to him/her from the person responsible for causing damage to the Insured (Policyholder);
- 6.1.11. other cases stipulated by the legislation of Ukraine;
- 6.1.12. evacuation, transportation or repatriation of the Insured (Policyholder) without prior coordination with the Assistance company and / or the Insurer;
- 6.1.13. breach by the Insured (Policyholder) of medical prescriptions when providing any kind of emergency assistance to him/her and exercise of deliberate actions that led to increased of expenses of the Assistance company (Insurer);
- 6.1.14. traveling abroad by the Insured (Policyholder) to obtain medical services there.
- 6.2. Grounds for detention of insurance benefits by the Insurer are:
 - 6.2.1. reasonable doubt of the Insurer as to the property interest of a person who claims to insurance benefits: in particular, when the heir to the Insured (Policyholder), who died can not confirm his/her status as does not have statement of inheritance;
 - 6.2.2. initiation of criminal case by the relevant inter affairs authorities against the beneficiary of the insurance payments – natural person and conduction of their investigation into the circumstances that led to the damage, in the presence of illegal actions against life and health of the Insured (Policyholder) specified in the Agreement. The question on the insurance payments is decided within 15 (fifteen) days after the expiration of the investigation (suspension, drafting the indictment, closing the criminal case, etc.);
 - 6.2.3. the Insurer's reasonable doubt about the authenticity of submitted documents or correspondence of circumstance of the incident to the signs of insurance event, or if there are other facts that may be grounds for

denial of insurance benefits. In this case, the Insurer has the right to withhold payment of insurance for the period necessary to establish the truth about the real circumstances of the incident, but no more than six (6) months.

- 6.2.4. In case of detention of insurance premium, the Insurer shall send written notice to the Insured (Policyholder) about the reasons for detention.

7. OTHER CONDITIONS

- 7.1. Other terms of the agreement concerning voluntary insurance of medical expenses during the trip abroad correspond to the Chapter 1 of this Part of the Agreement.
- 7.2 In the event of a discrepancy between the wording used in English document and the original Ukrainian version, the Ukrainian version will prevail.

CHAPTER 3. ACCIDENT INSURANCE OF INDIVIDUALS ENGAGED IN FOREIGN TRAVEL

1. GENERAL PROVISIONS. SUBJECT OF INSURANCE AGREEMENT

- 1.1. Additional accident insurance in accordance with Chapter 3 of this Part of the Agreement is based on the "Rules of voluntary accident insurance" of the Insurer hereinafter - Rules 2.
- 1.2. The subject of insurance agreement is the property interests that are not contrary to the law relating to the life, health and ability to work of the Insured (Policyholder).

2. DEFINITIONS

- 2.1. Successor of the Insured (Policyholder) - a person who receives an insurance payment under the Agreement on the basis of documents that establishes the right of such person for an inheritance.
- 2.2. The definition of "accident" is provided in the Chapter 1 of this Part of the Agreement.

3. INSURANCE EVENT

- 3.1. The insurance event is the actual occurrence of the accident with the Insured (Policyholder) during the term of the Agreement that led to the following consequences:
- 3.1.1. death of the Insured (Policyholder);
- 3.1.2. traumatic or other injuries of the Insured (Policyholder).

4. PAYMENT OF INSURANCE BENEFITS

- 4.1. The Insured (Policyholder) shall notify the Insurer about the accident within three (3) working days after returning from a trip abroad, except when:
- 4.1.1. due to the occurrence of the event the Insured (Policyholder, his representative) addressed to the Assistance company for medical care;
- 4.1.2. following the accident the death of the Insured (Policyholder) occurred.
- 4.2. In case of recognition of accident as insurance event, the insurance benefit is paid to the Insurer in such

amounts:

- 4.2.1. in case of trauma or other bodily injury - according to the "table of Sizes of insurance benefits in the event of traumatic or other bodily injury of the Insured person" contained in Annex 2 to Rule 2;
- 4.2.2. upon the occurrence of death of the Insured (Policyholder) - 100% of the sum insured.

NOTE. Payment indicated in paragraph 4.2.2 of the Chapter 3 of this Part of the Agreement is realized exclusive of payments previously made, provided under paragraph 4.2.1. of the Chapter 3 of this Part of the Agreement, due to the occurrence of the same accident.

- 4.3. The Insured (Policyholder) receives insurance benefits, and upon the death of such person as a result of the occurrence of the accident - his successor.
- 4.4. For receipt of insurance payment the Insured (Policyholder) or in case of death of the Insured (Policyholder) - his successor shall provide the Insurer with the following documents:
- 4.4.1. statement on occurrence of the event that can be recognized as insurance and insurance benefit;
- 4.4.2. original Insurance Agreement;
- 4.4.3. copy of the passport of the citizen of Ukraine or another country if the Insured (Policyholder) has another citizenship (or a copy of any other document proving the identity);
- 4.4.4. original or copy of passport with stamps of border crossing;
- 4.4.5. original or a copy of birth certificate if the Insured's age – under 16 years;
- 4.4.6. copy of identification number.
- 4.5. In addition to the documents mentioned in the paragraph 4.4 of the Chapter 3 of this Part of the Agreement shall be added:
- 4.5.1. in case of death of the Insured (Policyholder) - certificate of his death and successor's certificate of inheritance;
- 4.5.2. document issued by the medical authority of the host country, confirming the time when the accident occurred, and that this event was the cause of injury to health (trauma) or death of the Insured (Policyholder). This document may serve written notice to the Assistance company of the occurrence of the accident with the Insured (Policyholder);
- 4.5.3. passport or other identification document of the Insured (Policyholder, his/her heir) – shall be submitted personally upon receipt of insurance benefit;
- 4.5.4. certificate concerning giving identification number to the recipient of the insurance payment.
- 4.5.5. The Insurer has the right to reasonably require other documents not listed in paragraph 4 of the Chapter 3 of this Part of Agreement if the available evidence is not enough to conclude that the fact of the insured event have occurred.
- 4.6. Insurance payment is made in accordance with the Agreement on the basis of a written statement of the recipient of the insurance benefits (the Insured, Policyholder, other person who is entitled to receive insurance payments) and draft of the insurance act according to the form prescribed by the Insurer.
- 4.7. The decision to pay or deny paying insurance benefits is accepted by the Insurer within 15 (fifteen) working days after receipt of all duly executed documents specified in paragraph 4.4 of the Chapter 3 of this Part of

- the Agreement under this section.
- 4.8. The insurance payment is made by the Insurer within 15 (fifteen) working days after the decision about payment. In the case of the denial of insurance benefits the Insurer within 5 (five) working days after the decision informs the Insured (Policyholder) in writing or his successor about refusal to pay, giving the reasons for it.

5. OTHER CONDITIONS

- 5.1. Other terms of the agreement concerning voluntary insurance of medical expenses during the trip abroad correspond to the Chapter 1 of this Part of the Agreement.

CHAPTER 4. ADDITIONAL MEDICAL INSURANCE OF INDIVIDUALS ENGAGED IN FOREIGN TRAVEL

1. TERMS

- 1.1. Additional medical insurance is based on the "Rules of voluntary medical insurance (permanent medical insurance)" of the Insurer hereinafter - Rules 4.

2. SUBJECT OF INSURANCE AGREEMENT

- 2.1. The subject of insurance agreement is the property interests that are not contrary to the law relating to the life, health and ability to work of the Insured (Policyholder) and which consist in reimbursement for medical services after the return of the person from a foreign trip if health disorder occurred with the Insured (Policyholder) during the foreign trip.

3. CONDITIONS AND TERMS OF AGREEMENT

- 3.1. Insurance under this program is carried out simultaneously with the program "Insurance of medical expenses of individuals engaged in foreign travel".
- 3.2. The Insured persons under this program may be only citizens of Ukraine.
- 3.3. The obligations of the Insurer under this program in accordance with the terms of this Agreement, start with 00-00 hours of the day when the Insured (Policyholder) passes the border control when entering the territory of Ukraine and continue, upon recognition of occurrence of the insurance event with the Insured (Policyholder), till the moment the Insurer fulfils its obligations under this program, under the terms of this Agreement in its entirety - namely, conducting insurance payments in accordance with paragraph 6 of the Chapter 4 of this Part of the Agreement.

4. INSURANCE EVENTS

- 4.1. Insured event is recognized in case of occurrence of health disorder of the Insured (Policyholder) due to sudden illness or accident, concerning which was conducted the treatment of that person during his/her stay abroad and that require further treatment of that person after a trip abroad and return to the place of residence.

- 4.2. The event specified in paragraph 4.1 of the Chapter 4 of this Part of the Agreement is recognized as the insured event under the following conditions:
- 4.2.1. medical care and services to the Insured (Policyholder) during a trip abroad were given with involvement of the Assistance company;
- 4.2.2. Assistance company or medical institution which is a partner have recognized the need for additional treatment of the Insured (Policyholder) after his return to place of residence.

5. ACTIONS OF THE PARTIES UPON OCCURRENCE OF INSURANCE EVENT

- 5.1. In the case of occurrence of an event that can be recognized as insured event under this program, the action mentioned in paragraphs 4.1 - 4.3 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement shall be made.
- 5.2. If the health of the Insured (Policyholder) due to the occurrence of events stipulated by paragraph 1.2 of the Chapter 2 of this Part of the Agreement requires treatment in a hospital abroad, which can be done for a long time or costly, the Assistance company organizes the repatriation of this person to Ukraine to continue treatment at a medical facility, defined by the Insurer. Repatriation should be done only under the circumstances, if the state of health of the Insured (Policyholder) allows his/her transportation, and with the consent of the Insurer for repatriation.
- 5.3. If, according to the Assistance company, the Insured (Policyholder) requires additional outpatient treatment after returning to Ukraine, the Insurer organizes and pays for the associated services, provided that medical assistance abroad was organized by the Assistance company, and the latter controlled the course of the provision of medical services till the time of departure of the Insured (Policyholder) from his/her location.
- 5.4. Copies of medical documents confirming provision of medical services to the Insured (Policyholder) abroad and the need to continue treatment after returning to the place of residence must be submitted to the Insurer by fax no later than 24 hours before the arrival of the Insured (Policyholder) in Ukraine. The originals of these documents are provided to the Insurer by that person (his/her representative) after arrival in Ukraine.

6. PAYMENT OF INSURANCE BENEFIT. LIST OF DOCUMENTS

- 6.1. The Insurer provides insurance payment by paying for medical services provided to the Insured (Policyholder), medical facility, to which the Insured (Policyholder) was sent by the Insurer to continue treatment, or directly to the Insured (Policyholder, his representative) within the sums insured (limits) established for the program, under this Agreement.
- 6.2. The decision to pay or deny paying insurance benefits is accepted by the Insurer within 15 (fifteen) working days after receipt of all duly executed documents specified in paragraphs 6.4, 6.5. Chapter 4 of this Part of the Agreement. The insurance payment is made by the Insurer within 15 (fifteen) working days after the decision about payment. In the case of the denial of insurance benefits the Insurer within 5 (five) working days after the decision informs the Insured (Policyholder) in writing and medical facility (if it is indicated as the recipient of insurance payments) about refusal to pay, giving the reasons for it.
- 6.3. In case of conducting outpatient treatment of the Insured (Policyholder), the obligation of the Insurer shall not apply to payment of the cost of medicines.

- 6.4. For the payment of insurance benefits the Insurer shall be provided with the following documents:
- 6.4.1. statement to obtain insurance payment amount;
 - 6.4.2. originals of the documents mentioned in paragraph 5.4. of the Chapter 4 of this Part of the Agreement;
 - 6.4.3. medical facility report on services provided to Insured (Policyholder) - when making the payment to medical facility;
- 6.5. If, with the consent of the Insurer and the Insured (Policyholder), treatment of the latter, after his return from the trip abroad was carried out at the cost of the Insured (Policyholder or any other person), the beneficiary of the insurance payments is the person, at whose expense the treatment was carried out. At this, in addition to the documents mentioned in paragraphs 6.4.1., 6.4.2. of the Chapter 4 of this Part of the Agreement, the Insurer shall be also provided with:
- 6.5.1. document that identifies the recipient of insurance benefits (passport, military ID, temporary identification of citizen of Ukraine, etc.) – in case of insurance payment in cash at the cash desk of the Insurer;
 - 6.5.2. certificate ascribing identification number to the recipient of the insurance payments;
 - 6.5.3. medical certificate of medical facility with a list of medical services and medicines prescribed because of injury to health of the Insured (Policyholder);
 - 6.5.4. fiscal receipt (cash receipt) for payment of the cost of medical services received by the Insured (Policyholder) (in the absence of names of purchased medicines in fiscal check, an additional receipt shall be provided);
 - 6.5.5. doctor's prescription with a personal stamp;
 - 6.5.6. in case of additional purchase of medications (medical supplies) during treatment of the Insured (Policyholder) in inpatient facilities, the recipient of insurance benefit additionally provides an extract from the clinical record of the Insured (Policyholder), the list of designated medications (medical supplies) required for the intended treatment.
- 6.6. The overall size of insurance payment may not exceed:
- 6.6.1. 40% of the sum insured – in case of outpatient treatment of the Insured (Policyholder);
 - 6.6.2. 100% of the sum insured - in case of hospitalization of the Insured (Policyholder).
- 6.7. The Insurer is released from the obligation to organize and pay for medical services of the Insured (Policyholder) after his/her return to Ukraine (make an insurance payment) in the following cases:
- 6.7.1. medical treatment abroad was provided to the Insured (Policyholder) without involvement of the Assistance company;
 - 6.7.2. The Insured (Policyholder) during his/her stay abroad has not complied with requirements of medical facilities where the services were provided;
 - 6.7.3. The Insured (Policyholder) appealed to the Insurer regarding receipt of additional health services not later than three (3) days after return from a trip abroad;
 - 6.7.4. The Insurer was not provided medical records of medical services provided to the Insured (Policyholder) and documents that confirm the need for continuation of treatment of the Insured (Policyholder) after his return from a trip abroad. This condition does not apply to the case where the part of the relevant documents was not given due to the fault of the Assistance company.

7. OTHER CONDITIONS

- 7.1.1. The conditions of additional medical insurance, which are not defined in paragraphs 1, 6 of the Chapter 4 of this Part of the Agreement, shall be regulated in accordance with Rule 4 and legislation of Ukraine.
- 7.1.2. Limitation and exclusions from insurance events, under the terms of the program, are fully consistent with the similar terms for the program of medical expenses insurance referred to in Chapter 2 of this Part of the Agreement.
- 7.1.3. Other conditions of this Agreement regarding additional voluntary medical insurance of persons engaged in foreign trips correspond to Chapter 1 of this Part of the Agreement.

CHAPTER 5. FOREIGN TRIP'S CANCELLATION INSURANCE

1. GENERAL TERMS

- 1.1. Voluntary insurance of financial risks associated with the cancellation of a trip abroad, in accordance with Chapter 5 of this Part of the Agreement is based on the "Rules of voluntary insurance of financial risks" of the Insurer, hereinafter - Rules 3.

2. SUBJECT OF INSURANCE AGREEMENT

- 2.1. The subject of insurance agreement is the property interests that are not contrary to the law relating to the life, health and ability to work of the Insured (Policyholder) which are necessary for the implementation of the Insured's (Policyholder's) planned a trip abroad.

3. INSURANCE RISK. INSURANCE CASE

- 3.1. The insurance risk is probable occurrence of loss of the Insured (Policyholder) due to the inability of realizing the trip abroad planned by the Insured (Policyholder).
- 3.2. The insured event is the actual occurrence of loss the Insured (Policyholder) caused due to the inability of realizing the trip abroad by hi/her, resulting in the Insurer's obligation to make an insurance payment.
- 3.3. The onset of loss of the due to the inability of realizing the trip abroad, which was caused by the inability to exercise his scheduled trip abroad is recognized as insurance event if the inability of the Insured (Policyholder) to realize the trip is associated with the following events:
 - 3.3.1. sudden illness, accident or death, which occurred with the Insured (Policyholder);
 - 3.3.2. sudden illness, accident or death that occurred with one of the closest relatives of the Insured (Policyholder);
- NOTE.** The circle of persons identified as the closest relatives the Insured (Policyholder) shall be defined in accordance with p. 1.20. of the section "Definitions" of Chapter 1 of this Part of the Agreement;
- 3.3.3. receipt of summons by the Insured (Policyholder), according to which he/she should be involved in the court proceedings, or the decision of the internal affairs bodies to limit the rights of the Insured (Policyholder) in terms of the freedom of travel due to the opening of a criminal case;
- 3.3.4. refusal of the Insured (Policyholder) from the trip abroad, associated with the damage to the part of the

person's personal property due to fire, natural disaster, accident of water supply, heating, or sewerage, road traffic accidents and malicious acts of third parties;

NOTE. The occurrence of such damage is considered to be insurance event if the amount of damage caused to the Insured (Policyholder) exceeds by more than two (2) times the size of the financial losses associated with the cancellation of that trip abroad. At this, the amount of damages referred to in the first paragraph of this subsection shall be not less than the equivalent of 2,000 (two thousand euros) in hryvnas under at the official exchange rate on the date of occurrence of losses;

3.3.5. missed departure of the Insured (Policyholder) for plane, train, boat or bus, due to delay in arrival of intercity or commuter vehicle. At this, the expected time of arrival of this vehicle (under normal conditions) must differ by at least half an hour from the time of departure of the vehicle for onward travel of the Insured (Policyholder);

3.3.6. events specified in paragraph 3.3. of the Chapter 5 of this Part of the Agreement are recognized as insurance events if they occurred (or the Insured (Policyholder) became aware of them during the term of the Agreement, under which the Insurer is bound by the risk specified in paragraph 3.1 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement.

4. CONDITIONS AND TERMS OF AGREEMENT

4.1. The agreement under this program is entered into in conjunction with the program "Insurance of medical expenses of individuals engaged in foreign travel" for the period of his/her trip abroad not later than fourteen (14) calendar days prior to the start of the scheduled trip abroad.

4.2. This program is for insurance of persons aged from 1 year to 60 years at the moment of concluding the Agreement.

4.3. According to this Agreement under this program the Insurer has an obligation during the Insured's (Policyholder's) single trip abroad, starting from 00-00 hours of the day following the date of payment of the insurance premium, up to the moment of crossing the border control by the Insured (Policyholder) at the exit from the territory of Ukraine.

5. EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS

5.1. In addition to Chapter 1 of this Part of the Agreement, the Insurer shall be exempt from the obligation to make indemnity payments under this program, if the events that led to the cancellation of the Insured's (Policyholder's) trip abroad, have occurred as a result of:

5.1.1. alcoholic, narcotic or toxic poisoning of the Insured (Policyholder) or one of his closest relatives (except case when this condition was caused by malicious actions of third parties);

5.1.2. exacerbation of chronic diseases and the onset (cases) of mental illnesses of the Insured (Policyholder) or one of his closest relatives;

5.1.3. complications related to pregnancy of the Insured (Policyholder), except emergence of a direct threat to the life of the Insured (Policyholder) if the term of her pregnancy is up to 28-weeks;

5.1.4. planned hospitalization of the Insured (Policyholder) or one of its closest relatives.

6. ACTIONS OF THE PARTIES UPON OCCURRENCE OF LOSSES

6.1. The Insured (Policyholder) shall notify the Insurer in writing of the event which caused the failure of the Insured (Policyholder) to perform the trip abroad and may be recognized as an insurance event, within one (1) working day from the time of its occurrence, or moment when the Insured (Policyholder) received the news of this event, and to take all possible actions to reduce the size of the losses that occurred as a result of cancellation of the planned trip, such as:

6.1.1. if the agreement was concluded with STA, to cancel (terminate) the agreement of tourist services under the terms defined by such Agreement with STA;

6.1.2. if the trip was to be made by the Insured (Policyholder) for his/her own account or for the account of the third parties, to make every possible action to cancel the planned visit and return costs (partially) for trip, such as: return cost (partially) of the ticket for the vehicle to travel to destination place and back to the country of residence; return cost (partially) of booking and accommodation in the country of temporary stay.

6.2. The Insurer has the right to refuse to refund that part of the damage which was caused by the complete or partial failure to perform duties of the Insured (Policyholder) specified in paragraph 6.1.1-6.1.2. of the Chapter 5 of this Part of the Agreement.

7. PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE BENEFITS

7.1. Under this program such property damages shall be reimbursed that has occurred as a result of inability to exercise by the Insured (Policyholder) of trip abroad for reasons set out in paragraph 3.3. of the Chapter 5 of this Part of the Agreement:

7.1.1. monetary amount that is deducted by STA in the event of termination of the contract on provision of tour to the Insured (Policyholder) in accordance with the agreement of insurance. At this, the amount of insurance compensation can not exceed the total cost of the tour.

7.1.2. amounts of money spent by the Insured (Policyholder) for foreign travel for its own account or for the account of a third party and are not returned by the relevant institutions and organizations in the case of cancellation of the trip, such as:

7.1.2.1. visa application costs;

7.1.2.2. costs (partial cost) of the ticket for a vehicle to travel to the destination and return to the country of residence that is not returned by the transport organization in the case of cancellation of the trip;

7.1.2.3. costs (partial cost) of booking and accommodation in the host country.

7.1.3. The total amount of insurance benefit can not exceed the insured amount, equivalent of which is calculated in hryvnas, under the official exchange rate of the National Bank for the currency, in which the insured sum is defined, as of the date, from which the Insurer shall be obliged under the Agreement in accordance with the paragraph 4.3 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement.

7.2. In order to receive insurance benefits, the Insurer must be submitted the following documents:

7.2.1. statement of the Insured (Policyholder) for insurance payment. If such application is submitted by the heir to the Insured (Policyholder), a copy of the death certificate of the Insured (Policyholder) and a copy of the

- certificate of the heir to the inheritance shall be attached;
- 7.2.2. for reimbursement of amounts specified in paragraph 7.1.1 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement - a copy of the travel vouchers purchased by the Insured (Policyholder) and financial documents that certify the amounts paid by tourists and returned to STA after the termination of the provision of tourism services;
- 7.2.3. for reimbursement of amounts specified in paragraph 7.1.2 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement - documents confirming the total amount of expenses of the Insured (Policyholder) for the trip abroad, and the partial return of these funds to the said person in case of cancellation of the trip;
- 7.2.4. in case of deterioration in health of the Insured (Policyholder) – certificate of medical institution bearing the seal and signature of the head, concerning the presence of contraindications for the person to exercise this trip abroad. In this case, the certificate must indicate the date when these contraindications have emerged; in case of death of the Insured (Policyholder) - copy of his/her death certificate;
- 7.2.5. deterioration in the health of closest relatives of the Insured (Policyholder) - certificate of medical institution bearing the seal and signature of the head, concerning existence of serious health condition of a relative and the need for his/her treatment in inpatient medical facility or permanent care at home. In this case, the certificate must indicate the date when these complications have emerged;
- 7.2.6. death of a closest relative of the Insured (Policyholder) - copy of his/her death certificate;
- 7.2.7. in case of refusal from the trip abroad by the Insured (Policyholder) because of receipt of summons or decision of the internal affairs bodies - copies of relevant documents;
- 7.2.8. in case of causing damage to the property of the Insured (Policyholder) - a certificate from the competent authorities (fire brigade, housing offices, police, etc.) with respect to the reasons for the occurrence of losses and their size. The latter may be determined by agreement of the parties of the Agreement (in particular, using independent experts);
- 7.2.9. in case of late arrival of the Insured (Policyholder) - information of the transport organization about the expected and actual time of arrival of the vehicle to go to the airport, railway station, bus station or passenger port in the country of residence, where the Insured (Policyholder) was to continue traveling abroad;
- 7.2.10. document that identifies the individual – recipient of insurance benefits, namely passport or military ID or temporary ID card of the citizen of Ukraine or residence permit in Ukraine or refugee certificate;
- 7.2.11. certificate of identification number of the payer of income tax (submitted by an individual - the recipient of the insurance premiums);
- 7.3. documents specified in paragraph 7.2 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement are provided to the Insurer in the form of originals or certified copies or copies certified by the organization that issued the relevant document or simple copies, subject to an opportunity of verification of the copies with the originals copies by the Insurer.
- 7.4. If documents specified in paragraph 7.2 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement are provided to the Insurer in not proper form or are issued in violation of existing rules (absence of number, date, stamp, there are corrections in the text, etc.), the insurance payment is not made until these shortcomings are eliminated.
- 7.5. The decision to pay or deny in paying insurance benefits is accepted by the Insurer within 15 (fifteen) working

days after receipt of all duly executed documents specified in paragraph 7.2 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement, according to this section. The insurance benefit is paid to the Insurer within 15 (fifteen) working days after the decision about payment is taken. In case of denial to pay insurance benefits, the Insurer within 5 (five) working days after taking decision shall notify in writing the Insured (Policyholder) and medical facility (if it is defined as a beneficiary of the insurance benefit) about refusal to carry out payment, indicating the reasons for refusal.

8. GROUNDS FOR DENIAL OF INSURANCE BENEFITS ARE:

- 8.1. deliberate actions of the Insured (Policyholder) aimed at occurrence of the insured event. The above rule does not apply to activities associated with the implementation of his/her civil or official duty or in a state of necessary defense (without exceeding its limits) or the protection of property, life, health, honor, dignity and business reputation. Qualification of such actions is realized under the legislation of Ukraine;
- 8.2. commission by the Insured (Policyholder) of intentional crime that led to the onset of damage (loss);
- 8.3. submission by the Insured (Policyholder) of false information about the subject of the Insurance Agreement or the fact of the insured event;
- 8.4. late notification about the insured event without valid reason or creation of interference for the Insurer in determining the circumstances and the nature and size of losses;
- 8.5. getting by the Insured (Policyholder) of full compensation from the person guilty of causing them. If the loss is compensated in part, the payment of insurance claim is realized exclusive of amounts received as compensation for inflicted loss;
- 8.6. existence of circumstances specified in paragraph 5 and paragraph 6.2 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement and paragraph 5 of the Chapter 1 of this Part of the Agreement;
- 8.7. deliberate failure to take reasonable and available measures provided for in paragraph 6 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement;
- 8.8. complete or partial failure of the Insured (Policyholder) to fulfill his/her duties under this Agreement;
- 8.9. complete or partial failure to provide the Insurer with the documents mentioned in paragraph 7.2 of the Chapter 5 of this Part of the Agreement;
- 8.10. Others cases stipulated by the legislation of Ukraine.

9. OTHER CONDITIONS

- 9.1. Others conditions of the Agreement regarding the foreign trip's cancellation insurance correspond to the Chapter 1 of this Part of Agreement.

CHAPTER 6. FINANCIAL RISKS DURING TRIPS ABROAD

1. TERMS

- 1.1. Voluntary insurance under this Chapter of Agreement, is based on the "Terms of voluntary financial risks insurance" of the Insurer, hereinafter - Rule 3.

2. SUBJECT OF INSURANCE AGREEMENT

- 2.1. The subject of insurance agreement is the property interests that are not contrary to the law and relating to the possession, use and disposal of funds of the Insured (Policyholder) during the Insured's trip abroad.

3. INSURANCE RISKS. INSURANCE EVENTS

- 3.1. The insurance risk is the probability of occurrence during the term of this Agreement of the events specified in paragraph 3.2. of the Chapter 6 of this Part of Agreement that do not fall under the exclusions and limitations of insurance and which result in the direct loss or missed profit by the Insured (Policyholder) and during the onset of which the liability of the Insurer for compensation of caused losses shall appear.
- 3.2. The insurance event is the actual occurrence during the term of this Agreement of the events set forth below resulting in the direct loss or missed profits of the Insured (Policyholder):
- 3.2.1. postponement or cancellation of a flight for more than four (4) hours;
- 3.2.2. delayed baggage delivery for more than four (4) hours beyond standard time of waiting for baggage arrival in airport;
- 3.2.3. baggage loss, damage or destruction at a time when the airline was responsible for the carriage of baggage;
- 3.2.4. loss or theft of such documents of the Insured (Policyholder) in the place of temporary residence:
- 3.2.4.1. passport;
- 3.2.4.2. travel document;
- 3.2.4.3. banking card;
- 3.2.4.4. driving license, certificate of registration of a vehicle owned by the Insured (Policyholder) on property rights, full economic ownership, operational control or on other legal grounds (lease agreement, orders, etc.).

4. EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS AND RESTRICTIONS OF INSURANCE

- 4.1. In addition to the exclusions and limitations of insurance events referred to in paragraph 5 of the Chapter 1 of this Part of the Agreement, the insurer will not reimburse services related inconveniences of use of air transport in the case of postponement or cancellation of flight if:
- 4.1.1. the Insured (Policyholder) did not pass the registration, except in cases where it was not possible to pass it due to announcement of strike or for technical reasons;
- 4.1.2. delayed flight was the result of a strike or technical reasons, are the Insured (Policyholder) was notified prior to registration;
- 4.1.3. the Insured (Policyholder) refused to fly before departure of his/her airplane.
- 4.1.4. the Insurer will not reimburse expenses related to inconvenience of use of air transport in case of delays in baggage delivery if:
- 4.1.4.1. baggage is carried by the flight, the ultimate destination of which is the place of residence of the Insured (Policyholder);
- 4.1.4.2. damage of baggage, if the baggage was transported without relevant packaging (blockage) of baggage or sending baggage in damaged condition;

- 4.1.4.3. damage or destruction of baggage caused by any liquids that may be transported in baggage;
- 4.1.4.4. the Insured (Policyholder) did not inform the authorized representative of the air carrier of the delay in delivery or loss of baggage;
- 4.1.4.5. baggage of the Insured (Policyholder) delayed due to customs inspection;
- 4.1.5. the Insurer will not reimburse the Insured (Policyholder) for services related to the inconveniences of use of air transport, in the case of baggage loss, damage or destruction which occurred due to confiscation and / or destruction of baggage by customs authorities or other government officials at the place of temporary residence;
- 4.1.6. the Insurer will not reimburse the cost of lost documents of the Insured (Policyholder), namely: personal, administrative and business records (including commercial or scientific materials), traveler's checks, airline and train tickets, securities, coupons for payment of fuel, cash, etc.
- 4.1.7. the Insurer will not reimburse document recovery for the Insured (Policyholder) in case of: confiscation of documents by government officials at the place of temporary residence;
- 4.1.8. failure of the Insured (Policyholder) to inform the relevant services about the lost (lost, stolen) documents, and the failure of the Insured (Policyholder) to submit relevant application about loss of documents;
- 4.1.9. the Insurer will not indemnify damages to the Insured (Policyholder), resulting from the unlawful realization of transactions by third party using lost or stolen banking card of the Insured (Policyholder);
- 4.1.10. the Insurer will not reimburse the cost of documents replacement, if such change is due to their damage, leading to the possibility of using the documents as intended.

5. ACTIONS OF THE INSURED (POLICYHOLDER) UPON THE OCCURRENCE OF EVENTS THAT HAS FEATURES OF INSURANCE EVENTS

- 5.1. When an event occurs that has signs of an insurance event, the Insured (Policyholder) shall, within 24 hours: apply to the Specialized service of the Insurer (Assistance) or to the Insurer by phone specified in the Insurance Agreement and get information as to the following actions and report about the incident that has occurred.

NOTE. If the Insured (Policyholder) must urgently make payment and it is impossible to notify about it, such message shall be conveyed to the Specialized service of the Insurer (Assistance) or to the Insurer as soon as possible but no later than within 24 hours upon its occurrence. Such notice may be delivered by any person acting on behalf of the Insured (Policyholder).

- 5.1.2. It is necessary to notify the Insurer or Specialized service of the Insurer (Assistance) about:
- 5.1.2.1. number of the Insurance Agreement and its validity, the title insurance company (when appealing Assistance);
- 5.1.2.2. surname and the name of the Insured (Policyholder);
- 5.1.2.3. territory (location) of validity of the Insurance Agreement;
- 5.1.2.4. description of the event that occurred, and the nature of the required services;
- 5.1.2.5. exact location of the Insured (Policyholder), contact phone number.

- 5.1.3. Upon appeal to the Insurer or Specialized service of the Insurer (Assistance), to carry out their recommendations for further actions. At the request of the Insurer or Specialized service of the Insurer (Assistance) an insured person must submit his/her documents to prove his/her identity.
- 5.1.4. To confirm the term of his/her location in the place of temporary stay by documents, to provide a passport or other document confirming this fact.
- 5.1.5. To take measures to prevent and reduce damages caused as a result of an event that has features of insurance event.

6. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE FACT OF OCCURRENCE OF THE INSURANCE EVENT AND THE AMOUNT OF DAMAGE

- 6.1. In order to receive insurance benefits the Insurer, regardless of the Agreement conditions, shall be provided with the following documents:
 - 6.1.1. statement on occurrence of the event that can be recognized as insurance and insurance benefit;
 - 6.1.2. Insurance Agreement;
 - 6.1.3. copy of the passport of the citizen of Ukraine or another country if the Insured (Policyholder) has another citizenship (or a copy of any other document proving the identity);
 - 6.1.4. original or copy of passport with stamps of border crossing;
 - 6.1.5. original or a copy of birth certificate if the Insured's age – under 16 years;
 - 6.1.6. copy of identification number;
- 6.2. In addition to the documents mentioned in the paragraph 6.1. of the Chapter 6 of this Part of the Agreement shall be added:
 - 6.2.1. in case of flight or baggage delay:
 - 6.2.1.1. documents confirming such delay for some time (mark on the ticket, certificate from the airport or airline etc., indicating the exact time of delay and the reasons for delay).
 - 6.2.2. in case of lost luggage:
 - 6.2.2.1. documents proving the loss of registered baggage and weight of luggage (certificate from the airport or airline etc.);
 - 6.2.3. in case of loss or theft of documents specified in paragraph 3.2.4 of the Chapter 6 of this Part of the Agreement and receipt of temporary documents:
 - 6.2.3.1. bills, receipts, checks, etc., confirming the provision of services to the Insured (Policyholder) related to the replacement of lost documents (the lack of which makes it impossible to return for the Insured (Policyholder) to the country of permanent residence.
- 6.3. The documents, referred to in paragraphs 6.1. - 6.2. of the Chapter 6 of this Part of the Agreement, are provided to the Insurer in the form: originals; notarized copies; simple copies certified by body/organization that issued the relevant document, or simple copies provided if the Insurer has the possibility of verification with original copies.

7. PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE BENEFITS

- 7.1. Terms for taking decision about payment or refusal to pay insurance benefits.
- 7.2. For receipt of insurance payment the Insured (Policyholder) shall apply to the Insurer with an application for payment and provide the documents mentioned in paragraphs 6.1. - 6.2. of the Chapter 6 of this Part of the Agreement within 15 (fifteen) working days from the date of return of the Insured (Policyholder) from abroad.
- 7.3. The decision on payment or denial of insurance benefits is accepted by the Insurer within 15 (fifteen) working days from the receipt by the Insurer of all necessary and properly executed documents referred to in paragraphs 6.1. - 6.2. of the Chapter 6 of this Part of the Agreement.
- 7.4. The insurance payment is made by the Insurer within fifteen (15) working days after the decision on the insurance payments, according to the official exchange rate on the date of the insurance event.
- 7.5. If there are reasonable doubts concerning the authenticity and completeness of the submitted documents, the circumstances and causes of the occurrence of insured event, the Insurer has the right to delay the decision for another thirty (30) days to fully clarify these circumstances provided it is necessary to send a letter to the Insured (Policyholder).
- 7.6. In case of denial of insurance benefit the Insurer within five (5) working days after the decision on denial send to the address of the Insured (Policyholder) with a written notice of the refusal and the reasons for the refusal.
- 7.7. The amount of insurance payment shall be determined as follows:
 - 7.7.1. in case of flight and/or baggage delays - the equivalent of ten (10 euros) for each full hour of delay starting from the fifth but not more than the equivalent of 150 euros. At this, the insurance payment is not counted for less than an hour delay;
 - 7.7.2. in case of loss of baggage - the equivalent of twenty (20 euros) per kilogram of lost luggage, but not more than the equivalent of 300 euros;
 - 7.7.3. in case of loss or theft of documents specified in paragraph 3.2.4. of the Chapter 6 of this Part of the Agreement - the actual amount of documented expenses to obtain temporary documents, but not more than the equivalent of 200 euros;
- 7.8. Grounds for delay in payment of insurance benefits by the Insurer are as follows:
 - 7.8.1. reasonable doubts of the Insurer about the authenticity of submitted documents or correspondence of the circumstances to the signs of insurance event, or if there are other facts that may be the ground for denial in payment of insurance benefits. In this case, the Insurer has the right to withhold payment of insurance for the period necessary to establish the truth about the real circumstances of the event, but no more than six (6) months.
- 7.9. In case of delay in the payment of insurance benefits, the Insurer shall send to the Insured (Policyholder) written notice about it, indicating the reasons for detention.

8. OTHER CONDITIONS

- 8.1. Other terms of the Agreement concerning voluntary insurance of financial risks during the trip abroad correspond to the Chapter 1 of the Part 2 of the Agreement.