

Публічний договір-оферта
ПРАТ «УСК «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП»
щодо комплексного страхування подорожуючих за кордон
№21-2017 від 26.05.2017 року

1. Дана публічна оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ІНШУРАНС ГРУП», (код ЄДРПОУ – 24175269, надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти із Страховиком договір добровільного страхування “Комплексний договір страхування подорожуючих за кордон”, серія Договору 21/01-23 (надалі – Договір страхування). Цей Договір укладається між Страховиком і Клієнтом відповідно до Ліцензії АВ №483137, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування медичних витрат»; Ліцензії АВ №483130, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків»; Ліцензій АВ №483133, АВ №483129, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9 статті 6 Закону України «Про страхування»)» із дотриманням вимог Законів України “Про страхування”, “Про електронні документи та електронний документообіг”, “Про електронний цифровий підпис» та “Про електронну комерцію”.

2. Страхування здійснюється у відповідності до Умов комплексного страхування подорожуючих за кордон, які є невід’ємною частиною цієї Оферти (Додаток № 1).

3. Дана Оферта є пропозицією укласти Договір страхування в електронній формі. Клієнт може приєднатись до неї шляхом заповнення та підписання електронної заявки про укладення договору страхування (далі - Заявка), відповідно до обраної Програми страхування. Клієнт повинен зайти на WEB сторінку Страховика в мережі “Internet” за адресою: <http://kniazha.ua/> або звернутись в офіс Страховика, обрати бажані умови страхування, зазначити інформацію про себе та Застрахованих осіб, необхідну для укладення договору, а також обов’язково ознайомитись з умовами цієї Оферти, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних та отримання згоди на страхування від Застрахованих осіб. Заповнена в такий спосіб Заявка, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви на страхування.

4. У відповідності до статей 207, 633, 979, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Клієнтом вважається заповнення Заявки, підписання договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, отриманого на засіб мобільного зв’язку), а також сплата страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика. Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом усіх умов цієї Оферти і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми. Договір страхування (поліс) формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у Заявці. Після здійснення акцепту та набрання договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує повідомлення про підтвердження укладення договору страхування (в електронній формі) та здійснення оплати на електронну пошту або засіб мобільного зв’язку (за вибором Клієнта), вказані при заповненні Заявки. Поліс підписується уповноваженим представником Страховика, скріплюється печаткою і направляється Клієнту на зазначену адресу по електронній пошті. Сторони домовились, що вчинення таких дій є належним врученням Договору страхування Клієнту.

5. Договір страхування вступає в силу з 00:00 годин дня, наступного за днем оплати страхового платежу. Сторони погоджуються, що датою оплати вважається надходження грошових коштів на рахунок Страховика.

6. При укладенні Договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами. Договір страхування вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення підпису та печатки у відповідності до умов Договору про укладання правочинів, розміщених на сайті за адресою: http://kniazha.ua/content/files/Dogovir_Pravochyniv.pdf до якого Страхувальник приєднується шляхом підписання Договору страхування. Договір страхування вважається підписаним Клієнтом шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, надісланого Страховиком на засіб мобільного зв'язку Клієнта).

7. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої виниклої необхідності відтворити Договір страхування на паперовий носій. На письмову вимогу однієї з Сторін Договір страхування виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін. У випадку якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір страхування, такий спір передається на розгляд суду.

8. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання OTP паролю Клієнтом, введення його в програмні комплекси, надсилання Договору страхування та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі фіксуються в електронній базі Страховика.

9. Клієнт, підписуючи Договір страхування, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору страхування без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Клієнтом для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Клієнта, для надання Клієнту інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Клієнт підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані з зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

10. У всьому іншому, що не викладено і не врегульоване умовами даної Оферти, Сторони керуються умовами Правил: «Добровільного страхування медичних витрат», Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків», Правил «Добровільного страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9 статті 6 Закону України «Про страхування»)», які розміщені на сайті (<http://kniazha.com.ua/>).

11. Дана Публічна Оферта для укладення договору дійсна з 01.10.2018р. до 01.10.2019р. Всі зміни до даної Публічної Оферти здійснюються шляхом публікації нової редакції Публічної оферти та/або змін до Публічної Оферти на Сайті (http://kniazha.ua/content/files/Dogovir_trip_offer.pdf) і розміщення на Сайті (<http://kniazha.com.ua/>) відповідного повідомлення про запровадження цих змін. Договори страхування, які були укладені на підставі Публічної оферти до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договору страхування. При внесенні змін до цієї Публічної оферти, Страховик розміщує повідомлення про такі зміни на Сайті (<http://kniazha.com.ua/>) не менше ніж за 10 (десять) календарних днів до вступу змін в силу. При цьому Страховик гарантує та підтверджує, що розміщена на Сайті за адресою (http://kniazha.ua/content/files/Dogovir_trip_offer.pdf) поточна редакція тексту Публічної оферти є дійсною.

12. Страховик має право достроково припинити дію цієї Публічної оферти в односторонньому порядку, попередивши шляхом розміщення оголошення про це на своєму Сайті не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до такого припинення.

13. У випадку припинення дії цієї Публічної оферти у порядку, передбаченому п. 12 Публічної оферти, Страховик не звільняється від обов'язків за Договорами страхування, які були укладені на підставі даної Публічної оферти.

Страховик

Голова Правління

ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП»



Д.О. Грицута

Умови страхування до договору комплексного страхування подорожуючих за кордон 21/01-23

Комплексний Договір страхування подорожуючих за кордон (далі - Договір) укладається на підставі Ліцензії АВ №483137, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування медичних витрат»; Ліцензії АВ №483130 виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування від нещасних випадків»; Ліцензії АВ №483133, АВ №483129 виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, Правил «Добровільного страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9 статті 6 Закону України «Про страхування»)), Публічного договору-оферти №21-2017 від 26.05.2017р., який розміщений на сайті за адресою: http://kniazha.ua/content/files/Dogovir_trip_offer.pdf (надалі - Публічний договір-оферта), Договору про підписання правочинів №35-2018 від 07.08.2018р, який розміщений на сайті за адресою: http://kniazha.ua/content/files/Dogovir_Pravochyniv.pdf (надалі - Договір про підписання правочинів).

При укладанні договору страхування Страховиком та Вигодонабувачем може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами у відповідності до умов Договору про підписання правочинів до якого Страхувальник приєднується шляхом підписання Договору страхування.

Договір укладений в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої виниклої необхідності відтворити Договір страхування на паперовий носій.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Предмет Договору страхування:

1.1.1. майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи), а саме з оплатою вартості медичних послуг та інших послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) внаслідок розладу здоров'я або іншої непередбаченої події під час подорожі за кордон.

2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

2.1. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.2. Страховим випадком є:

2.2.1. Подія, передбачена Договором страхування, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу Страховика або Страхувальнику (Застрахованій особі) витрат за надану невідкладну медичну допомогу та додаткові послуги під час подорожі за кордон, у межах та обсязі умов та лімітів страхування, передбачених Програмою та умовами Договору страхування;

НЕВІДКЛАДНА (НЕГАЙНА, ЕКСТРЕНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА – медична допомога, яка необхідна за життєвими показаннями та ненадання або відстрочення надання якої може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, проявів важких ускладнень або до смерті Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, та яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання.

2.2.2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення 1-ї, 2-ї, 3-ї групи інвалідності);

2.2.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку.

2.3. Страховик здійснює страхову виплату, якщо інше не передбачено Договором страхування, у випадках (в залежності від обраної програми страхування):

2.3.1. Звернення Застрахованої особи через Асистанс або самостійно за невідкладною медичною допомогою до медичного закладу, зокрема внаслідок:

- раптового захворювання, що сталося несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи;

РАПТОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або травмою Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання невідкладної (негайної, екстреної) медичної допомоги, яку неможливо відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться до місця свого постійного проживання. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в даному Договорі розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок раптового захворювання, нещасного випадку, або до смерті Застрахованої особи.

- розладу здоров'я у зв'язку з нещасним випадком.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК – раптова, короткочасна, несподівана, випадкова, непередбачувана та незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) подія, що сталася в період дії Договору страхування, та призвела до травм (тілесних ушкоджень), розладу здоров'я (тимчасового або постійного) або до смерті (загибелі) Застрахованої особи, а саме: травми (забитті тканини, переломи або вивихи кісток, розриви органів (повний або частковий)); поранення; попадання сторонніх тіл в органи і тканини; опіки; відмороження; утоплення; ураження

електричним струмом (у тому числі блискавкою); асфіксія (удушення); укуси тварин, отруйних змій, отруйних комах; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами, отруйними грибами та отруйними рослинами; захворювання на сказ, захворювання кліщовим енцефалітом, поліомієлітом, ботулізмом; інші події, які визначенні Договором страхування.

2.3.2. Смерті Застрахованої особи у зв'язку з раптовою хворобою або нещасним випадком.

2.3.3. Звернення Застрахованої особи через Асисанс або самостійно за адміністративною допомогою, зокрема внаслідок:

- затримки доставлення, втрати або пошкодження багажу;
- витрати на послуги зв'язку;
- витрати на придбання предметів першої необхідності;
- витрати на надання допомоги по заміні документів при їх втраті чи крадіжці.

2.4. Страховик відшкодовує заподіяні збитки згідно обраної програми та виду страхування, що зазначено у Договорі.

3. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК:

3.1. СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ (МВ)

3.1.1. ОПЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ - ПАКЕТ МІНІМУМ

ПРОГРАМА «А» + ОПЦІЯ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

3.1.1.1. Витрати на лікування - це витрати, що виникли при наданні невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних медичних обставин);
 - надання стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі) - не більше 10% від страхової суми на один страховий випадок;
- Стаціонарна допомога - це медична допомога, що надається в умовах, які передбачають цілодобовий (понад 24 години) медичний нагляд та лікування (тобто стаціонарне) в медичних закладах.
- надання амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язувальні засоби, необхідні засоби фіксації) - 2 звернення на рік;

3.1.1.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря або в обидві сторони (за рішенням Страховика);
- до спеціалізованого медичного закладу;
- до конкретного пункту або країни постійного проживання (за рішенням Страховика), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку;

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її виїзду з території країни випадку. Якщо лікар, уповноважений Страховиком або Асистуючою компанією, вважає, що транспортування Застрахованої особи можливе, а Страховальник (Застрахована особа) відмовляється від транспортування, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг за лікування Застрахованої особи.

3.1.1.3. Витрати на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану особу (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) до країни постійного проживання і назад, на утримання і перебування її в готелі у випадку, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком;

3.1.1.4. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи до України або країни постійного (переважного) проживання в межах страхової суми (за рішенням Страховика щодо пункту України та країни, та варіанту репатріації), або на поховання тіла (в т.ч. кремація тіла) Застрахованої особи за кордоном (в країні тимчасового перебування) в межах 10% від страхової суми;

При цьому Страховик відшкодовує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для міжнародного перевезення, та репатріація (перевезення) останків до аеропорту, найбільш близького до місця поховання на Україні.

3.1.1.5 ОПЦІЯ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

В разі настання під час дії договору страхового випадку, пов'язаного із нещасним випадком Страховик здійснює виплату страхового відшкодування :

В залежності від встановленої групи інвалідності:

для 3-ї групи інвалідності – 50% від відповідної страхової суми;

для 2-ї групи інвалідності – 70% від відповідної страхової суми;

для 1-ї групи інвалідності – 90% від відповідної страхової суми.

У випадку смерті розмір страхової виплати становить 100% відповідної страхової суми.

3.1.2. ОПЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «ПАКЕТ РЕКОМЕНДОВАНИЙ»

ПРОГРАМА «А+» + ОПЦІЯ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

3.1.2.1 Витрати на лікування - це витрати, що виникли при наданні невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних медичних обставин);
- надання стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, в тому числі

реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі);

Стаціонарна допомога - це медична допомога, що надається в умовах, які передбачають цілодобовий (понад 24 години) медичний нагляд та лікування (тобто стаціонарне) в медичних закладах.

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

- надання невідкладної стоматологічної допомоги в межах 100 Євро, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку і не частіше одного разу в період дії Договору страхування.

3.1.2.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря або в обидві сторони (за рішенням Страховика);

- до спеціалізованого медичного закладу;

- до конкретного пункту або країни постійного проживання (за рішенням Страховика), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку;

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її виїзду з території країни випадку. Якщо лікар, уповноважений Страховиком або Асистуючою компанією, вважає, що транспортування Застрахованої особи можливе, а Страховальник (Застрахована особа) відмовляється від транспортування, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг за лікування Застрахованої особи.

3.1.2.3. Витрати на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану особу (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) до країни постійного проживання і назад, на утримання і перебування її в готелі у випадку, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком;

3.1.2.4. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи до України або країни постійного (переважного) проживання в межах страхової суми (за рішенням Страховика щодо пункту України та країни, та варіанту репатріації), або на поховання тіла (в т.ч. кремація тіла) Застрахованої особи за кордоном (в країні тимчасового перебування) в межах 10% від страхової суми;

При цьому Страховик відшкодовує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для міжнародного перевезення, та репатріація (перевезення) останків до аеропорту, найбільш близького до місця поховання на Україні.

3.1.2.5. Витрати на компенсацію послуг зв'язку при страховому випадку

При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує витрати на послуги зв'язку зі Страховиком або Асистансом в разі раптової хвороби або нещасного випадку з Застрахованою особою в межах 30 Євро.

3.1.2.6 ОПЦІЯ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

В разі настання під час дії договору страхового випадку, пов'язаного із нещасним випадком Страховик здійснює виплату страхового відшкодування :

В залежності від встановленої групи інвалідності:

для 3-ї групи інвалідності – 50% від відповідної страхової суми;

для 2-ї групи інвалідності – 70% від відповідної страхової суми;

для 1-ї групи інвалідності – 90% від відповідної страхової суми.

У випадку смерті розмір страхової виплати становить 100% відповідної страхової суми.

3.1.3. ОПЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ + ОПЦІЯ АДМІНІСТРАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ТА СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ - «ПАКЕТ ПРЕМІУМ»

ПРОГРАМА «А+» + «В»

3.1.3.1 Витрати на лікування - це витрати, що виникли при наданні невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:

- надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних медичних обставин);

- надання стаціонарної допомоги в медичних закладах (медикаментозне лікування, діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги і винагороди медичному персоналу, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному медичному закладі);

Стаціонарна допомога - це медична допомога, що надається в умовах, які передбачають цілодобовий (понад 24 години) медичний нагляд та лікування (тобто стаціонарне) в медичних закладах.

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

- надання невідкладної стоматологічної допомоги в межах 100 Євро, а саме: стоматологічний огляд; рентгенівське дослідження; видалення або пломбування зубів тимчасовими пломбами, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку і не частіше одного разу в період дії Договору страхування.

3.1.3.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи:

- до найближчого медичного закладу чи лікаря або в обидві сторони (за рішенням Страховика);

- до спеціалізованого медичного закладу;

- до конкретного пункту або країни постійного проживання (за рішенням Страховика), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку;

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування та реабілітацію Застрахованої особи після її виїзду з території країни випадку. Якщо лікар, уповноважений Страховиком або Асистуючою компанією, вважає, що транспортування Застрахованої особи можливе, а Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від транспортування, Страховик негайно припиняє оплату вартості послуг за лікування Застрахованої особи.

3.1.3.3. Витрати на проїзд медичного працівника, що супроводжує Застраховану особу (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) до країни постійного проживання і назад, на утримання і перебування її в готелі у випадку, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком;

3.1.3.4. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи до України або країни постійного (переважного) проживання в межах страхової суми (за рішенням Страховика щодо пункту України та країни, та варіанту репатріації), або на поховання тіла (в т.ч. кремація тіла) Застрахованої особи за кордоном (в країні тимчасового перебування) в межах 10% від страхової суми;

При цьому Страховик відшкодовує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для міжнародного перевезення, та репатріація (перевезення) останків до аеропорту, найбільш близького до місця поховання на Україні.

3.1.3.5. Витрати на компенсацію послуг зв'язку при страховому випадку

При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує витрати на послуги зв'язку зі Страховиком або Асистансом в разі раптової хвороби або нещасного випадку з Застрахованою особою в межах 30 Євро.

3.1.3.6. Витрати на проїзні документи, які включають витрати на проїзні документи для дострокової поїздки дітей Застрахованої особи віком до 16 років включно до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо Застрахована особа не може бути транспортована через свій фізичний стан і підлягає лікуванню в стаціонарі більше 14 днів, або в разі смерті Застрахованої особи, але за виключенням випадків супроводження Застрахованої особи при подорожі за кордон її близьким родичем віком старше 18 років. Після виконання своїх обов'язків за цим пунктом Страховик має право використання зворотних квитків дітей;

3.1.3.7. Витрати на придбання предметів першої необхідності при затримці багажу більше ніж на 8 годин або документально засвідченій втраті багажу - в межах 100 Євро без врахування розміру франшизи

Витрати включають в себе придбання предметів особистої гігієни, продуктів харчування, спортивних костюмів, спорядження та інше необхідне, крім алкогольних напоїв.

3.1.3.8. Витрати на надання допомоги по заміні документів при їх втраті чи крадіжці у межах 150 Євро.

Страховик відшкодовує виключно витрати, пов'язані із оформленням тимчасового посвідчення Застрахованої особи, а також із анулюванням втрачених і оформленням нових квитків на зворотній рейс.

3.1.3.9. Витрати пов'язані зі знищенням чи втратою всього або частини застрахованого багажу (в тому числі внаслідок крадіжки) при авіа перельоті внаслідок дії наступних страхових ризиків:

3.1.3.9.1. пожежі, вибуху, дії стихійних лих в момент знаходження багажу в літаку (яким здійснювалось перевезення) та/або в будівлі аеропорту в межах 500 Євро;

3.1.3.9.2. авіаційної події, під час перевезення, включаючи падіння літака та невдалу посадку в межах 500 Євро;

3.1.3.9.3. втрати або крадіжки багажу перевізником або працівниками аеропорту в межах 400 Євро.

3.1.3.10. Витрати, пов'язані з незручностями використання авіаційного транспорту - у випадку відкладення відправлення літака на 24 або більше годин або якщо рейс було відмінено і Застрахованій особі не було запропоновано альтернативний транспортний засіб впродовж цього часу - оплата вартості проживання Застрахованої особи в готелі - в межах 80 Євро без урахування розміру франшизи.

4. ГРУПИ РИЗИКУ ТА ЇХ ВИЗНАЧЕННЯ У ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ:

4.1. Позначення групи відповідних ризиків здійснюється в окремих клітинках графі. Якщо Застрахованими є декілька осіб, і для кожної з них застосовується різний поправочний коефіцієнт, то відповідні позначення груп ризику проставляються в окремих частинах графі.

4.2. При визначенні певної групи ризику і сплати відповідно до неї страхової премії, ставиться галочка в графі відповідного ризику, в інших графах ставиться прочерк або вона залишається без позначення, якщо договір оформляється друкованим способом. Позначаються наступні ризики:

спорт (без гірськолижного спорту та дайвінгу)	S
активний відпочинок	R
робота по найму	W
гірськолижний спорт (та інші види спорту та активного відпочинку, крім дайвінгу)	L
діти до 1 року життя (обов'язкове використання франшизи 100 Євро)	CH1
діти від 1 до 5 років (включно)	CH2
особи віком від 65 до 70 років	H1
особи віком від 71 до 75 років	H2

4.4. При страхуванні групи осіб, у випадку оформлення договору на кожну застраховану особу відповідний ризик за кількістю осіб в групі визначається окремо в кожному Договорі.

4.5. Договір може бути укладено за одним із варіантів:

«Безперервне страхування» або «Переривчасте страхування» (потрібний варіант у відповідній графі Договору страхування відмічається «галочкою»). Якщо Договір укладено за варіантом «Переривчасте страхування», що передбачає здійснення декількох подорожей, то страхове покриття поширюється виключно на ту кількість днів (або страховий захист діє впродовж тієї кількості днів), що встановлена у відповідній графі «Строк дії/ Valid» протягом визначеного строку дії Договору. При цьому після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі, строк дії Договору, визначений в днях, зменшується на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи за кордоном.

4.6. При визначенні групи ризику:

4.6.1. «Активний відпочинок» («R») Страховик відшкодовує витрати на лікування при настанні страхового випадку внаслідок занять активними видами відпочинку згідно переліку (автомобільний туризм, BASE - стрибки, вейкбордінг, велотуризм, відвідування аквапарку, катання на водних засобах розваги («банани», «таблетки», катери, водні лижі, катамарани, скутери, водні мотоцикли), подорож на яхті, віндсерфінг, гірський туризм, глибоководні занурення (занурення з аквалангом, маскою), джайлоо-туризм (життя в первісному племені з усіма принадлежностями кочового побуту), дюльфер (спускання з мотузкою за допомогою пристрію страховки («вісімка»)), активні заняття в тренажерному залі, кайтсерфінг, каньонінг, катання на ковзанах, санках, каякінг, кінний туризм, маунтінбайкінг, парапланеризм, рафтинг, сафари, спелеологія, спелестологія, Х-гонки (участь в змаганнях з дистанцією із різних екстремальних видів), інші види активного відпочинку, що можуть бути запропоновані в країні перебування).

4.6.2. «Спорт (без гірськолижного спорту)» («S») Страховик відшкодовує витрати на лікування при настанні страхового випадку внаслідок занять різними видами спорту, крім гірськолижного спорту та дайвінгу, якщо інше не передбачено програмою страхування.

4.6.3. «Гірськолижний спорт» («L») Страховик відшкодовує витрати на лікування при настанні страхового випадку внаслідок занять гірськолижним спортом, іншими видами спорту, активним відпочинком, крім дайвінгу, якщо інше не передбачено програмою страхування.

5. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

5.1. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник під час укладення Договору страхування зобов'язаний внести на розрахунковий рахунок Страховика.

5.2. Страховий платіж сплачується одноразово у повному обсязі за весь строк страхування.

5.3. Днем сплати страхового платежу вважається:

5.3.1. день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика.

5.4. Якщо Страхувальник обрав страхування з використанням франшизи, франшиза застосовується по кожному страховому випадку при використанні опцій, передбачених п. 3.1.1., п. 3.1.3. протягом строку дії Договору.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії визначений в цьому Договорі страхування.

6.2. Договір страхування набирає чинності з дати сплати Страхувальником страхової премії в повному обсязі (п. 5.2.), якщо інше не передбачено умовами Договору.

6.3. Відповідальність Страховика починається з моменту проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю під час виїзду з країни проживання, або з 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії, але не раніше моменту сплати страхового платежу в повному обсязі.

6.4. Відповідальність Страховика закінчується в момент проходження Застрахованою особою митного контролю або паспортного контролю при в'їзді на територію країни постійного місця проживання, або о 24 годині 00 хвилин дати, визначеної в Договорі страхування як дата припинення строку його дії, в залежності від того, яка з цих подій відбулася першою.

6.5. Якщо на час закінчення строку дії Договору страхування повернення Застрахованої особи з-за кордону внаслідок страхового випадку при наявності відповідного медичного висновку неможливе, відповідальність Страховика в цьому випадку поширюється додатково на 14 днів, починаючи з 00 годин 00 хвилин дати, яка є наступною за кінцевою датою його дії. За іншими страховими випадками, що виникли в цей додатковий період, Страховик відповідальності не несе.

6.6. При здійсненні кожної подорожі страховий захист за Договором страхування діє протягом певного строку (певної кількості днів), зазначеного в Договорі страхування. Після закінчення Застрахованою особою кожної подорожі загальний строк дії Договору страхування перебування Застрахованої особи в подорожі, протягом якого діє страховий захист зменшуються на фактичну кількість днів перебування Застрахованої особи в подорожі. Відповідальність Страховика за Договором страхування припиняється з закінченням зазначеного в Договорі страхування строку дії страхового захисту.

6.7. Територія дії страхування зазначена в цьому Договорі страхування, але вона не включає в себе Україну, країну постійного проживання, громадянства Застрахованої особи, зони збройних конфліктів та країни, які знаходяться під наглядом або санкцією ООН, зони епідемій за визначенням ВОЗ.

6.8. Територія дії визначається у відповідній графі бланку Договору та розділяється на «Європа» («Європа, Країни Шенгенської зони») та «Європа, інші країни крім Країн Шенгенської зони», «Весь світ» або «Весь світ +», що визначає покриття витрат по наступним країнам:

«Європа» (країни Європи та країни наближені до неї)		«Весь світ»	«Весь світ +»
Європа, Країни Шенгенської зони	Інші країни Європи	Всі інші країни світу, що не ввійшли до зони «Європа», крім США Канада, Японія, Австралія, Ізраїль, Таїланд	Всі країни світу та Європи + США, Канада, Японія, Австралія, Ізраїль, Таїланд
Австрія, Бельгія, Греція, Данія, Естонія, Ісландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Люксембург, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Словенія, Словаччина, Угорщина, Фінляндія, Франція, Швеція, Швейцарія, Чехія	Білорусь, Молдова, Російська Федерація, Албанія, Боснія і Герцеговина, Македонія, Сербія, Болгарія, Хорватія, Чорногорія, Андорра, Ватикан, Ліхтенштейн, Монако, Сан-Марино, Косово, Кіпр, Румунія.		

6.9. Для країн Європи передбачено автоматичне додавання додаткових 15 днів, згідно Візового кодексу країн Шенгенської зони, що передбачає покриття у разі виникнення форс-мажорних ситуацій (катаклізми, теракти та інші подібні), що можуть бути причиною затримки виїзду та подовжити перебування за кордоном.

7. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Дія цього Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

7.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

7.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

7.1.3. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

7.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

7.1.6. вимоги Страхувальника чи Страховика згідно з умовами Правил та чинного законодавства України;

7.1.7. після транспортування Застрахованої особи, включаючи витрати на транспортування особи, що супроводжує постраждалу Застраховану особу при наявності медичних показань щодо необхідності супроводження (якщо ця необхідність підтверджується відповідними документами) із-за кордону до місця постійного проживання або проведення помертної репатріації;

7.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

7.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити письмово іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

7.3. В разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 30%, та фактичних сум страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов страхування за Договором страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

7.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов страхування за Договором страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 30%, та фактичних сум страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування.

7.5. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

Крім того, Договір визнається недійсним і не підлягає виконанню у разі, якщо його укладено після страхового випадку.

Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

В разі визнання Договору страхування недійсним кожна із сторін зобов'язана повернути іншій стороні все, що вона отримала за цим Договором страхування, якщо інші наслідки недійсності Договору страхування не передбачені законодавством України або рішенням суду.

7.6. Порядок внесення змін та доповнень в Договір страхування:

7.6.1. Зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика на основі заяви однієї із сторін протягом 5 робочих днів з моменту отримання заяви іншою стороною і оформлюються додатковою угодою до Договору страхування, що стає його невід'ємною частиною.

7.6.2. Якщо одна з сторін не згодна з внесенням змін в Договір страхування, протягом 5 робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

7.6.3. З моменту одержання заяви однієї із сторін до моменту прийняття рішення, Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

7.7. В разі втрати Договору страхування Страхувальник повідомляє про це Страховика у письмовій формі. Після цього Страховик приймає рішення про видачу та умови видачі Страхувальнику дубліката Договору страхування.

8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, та може призвести до непередбачених витрат, які визначені в Договорі страхування, Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси), перед тим, як звернутися за допомогою до відповідного медичного закладу або лікаря або отримати будь-які додаткові послуги, передбачені Договором страхування, зобов'язана негайно (протягом 24 години з моменту настання події), в будь-який час доби, звернутися за телефоном, вказаним у Договорі страхування, до Асистансу, який представляє інтереси Страховика за кордоном, або до Страховика через програму «Viber» «WhatsApp», «Messenger» по електронній пошті чи за телефоном, що зазначений на обкладинці Договору для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій.

8.2. З метою координації подальших дій Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси), зобов'язана повідомити Асистансу або Страховика наступні відомості:

8.2.1. Прізвище та ім'я Застрахованої особи.

8.2.2. Номер Договору страхування.

8.2.3. Програму страхування.

8.2.4. Термін дії Договору страхування.

8.2.5. Адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи.

8.2.6. Детальний опис випадку та характер необхідної допомоги.

8.3. Застрахована особа зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асиансом або Страховиком для координації подальших дій.

8.4. У виключних ситуаціях, коли Застрахована особа з об'єктивних причин (непритомний стан Застрахованої особи, за відсутності осіб, які могли би представляти її інтереси, в т.ч. шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потьмарення розуму тощо) не може зв'язатися з Асиансом або Страховиком внаслідок різкого погіршення здоров'я, Застрахована особа повинна після стабілізації стану здоров'я за першої нагоди, але не пізніше 3-х календарних днів від дати настання події, пред'явити представникам медичного закладу або лікарю Договір страхування та негайно зателефонувати до Асиансу (Страховика).

Зазначені дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може виконувати будь-яка особа, яка може представляти її інтереси (родичі, співробітники Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо).

8.5. Після прибуття до медичного закладу Застрахована особа зобов'язана пред'явити Договір страхування для підтвердження дії Договору страхування (строків страхування) разом з іншими документами, що посвідчують її особу, та звернутися до персоналу медичного закладу з проханням зв'язатися з Асиансом (Страховиком) для отримання гарантії оплати послуг по наданню Застрахованій особі невідкладної (негайної, екстреної) медичної допомоги.

8.6. Страхувальник (Застрахована особа) повинна звільнити Третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, на вимогу Асианса (Страховика) надати таким Третім особам необхідні повноваження для надання Асиансу (Страховику) будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася.

8.7. Застрахована особа зобов'язана проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога, достовірно інформувати лікаря та персонал медичного закладу і Асианс (Страховика) про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

8.8. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана сприяти вжиттю Асиансом (Страховиком) необхідних заходів щодо визначення причин та обставин страхового випадку і розміру шкоди (збитку).

8.9. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана передати представнику Асиансу або Страховику невикористані авіа- або залізничні квитки в період їх чинності, а у разі неможливості це зробити за станом здоров'я – за першої нагоди.

8.10. У разі репатріації тіла Застрахованої особи згідно програм страхування Страхувальник або інші особи, які займаються організацією репатріації повинні обов'язково узгоджувати всі дії та витрати з Асиансом або Страховиком.

9. УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ / СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ТА СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ / СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

9.1. При настанні страхового випадку за опціями медичної допомоги, Страховик в межах страхової суми (лімітів відповідальності) відшкодовує витрати, зазначені у Договорі:

9.1.1. асиансу, який оплатив витрати на лікування і додаткові витрати, за послуги надані Застрахованій особі згідно з наданим рахунком чи іншим платіжно-розрахунковим документом. Страховик відшкодовує витрати Асистуючій компанії у порядку та в терміни, передбачені у договорі між Страховиком та Асистуючою компанією;

9.1.2. безпосередньо спеціалізованій особі за надані Застрахованій особі послуги згідно з наданим рахунком чи іншим платіжно-розрахунковим документом за умови наявності у Страховика договору з контрагентом-нерезидентом;

9.1.3. Застрахованій особі або Страхувальнику або особі, яка представляє інтереси Застрахованих осіб, що самостійно оплатила надані послуги та у разі страхування за опцією «N» п. 3.1.4.1. відшкодування в межах вказаних лімітів.

9.2. Страховик відшкодовує витрати Застрахованій особі або Страхувальнику або особі, яка представляє інтереси Застрахованих осіб передбачені умовами Договору, на медичні або інші послуги, які були надані Застрахованій особі під час її перебування за кордоном в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика, по кожному страховому випадку, в національній валюті України по курсу Національного банку України на день настання страхового випадку за вирахуванням франшизи. Розрахунок франшизи здійснюється в національній валюті України по курсу Національного банку України на дату настання страхового випадку.

9.3. Страховик гарантує виплату страхового відшкодування тільки в межах страхової суми.

9.3.1. Якщо загальна сума виплат по наданих рахунках перевищує зазначену в Договорі страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті Застрахованої особи - витрати на перевезення тіла або витрати на поховання за кордоном.

9.3.2. Якщо вартість здійснених медичних та (або) інших витрат, оплата вартості яких передбачена Договором страхування, перевищує помірні або обґрунтовані розміри в певному регіоні, що може бути визначене Асиансом, Страховик має право зменшити страхову виплату на величину перевищення фактичних витрат над їхніми помірними або обґрунтованими розмірами в певному регіоні.

9.3.3. Якщо Страхувальник та/або Застрахована особа отримали страхову виплату від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Страхувальником та/або Застрахованою особою від цих осіб.

9.3.4. Страховик має право на вибір способу поховання тіла з оформленням всіх необхідних документів шляхом кремації тіла без транспортування урни в Україну або транспортування тіла до державного кордону України.

9.4. Страховик відшкодовує вартість медичних та інших послуг, передбачених цими Умовами страхування, за умови попереднього погодження ним або Асиансом факту звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу або спеціалізованої особи.

9.5. Розмір страхового відшкодування у разі відсутності погодження Страховиком або Асистансом Страхувальнику (Застрахованій особі) про факт звернення до медичного закладу (спеціалізованої особи) складає 100 Євро в сумі гривневого еквіваленту.

9.6. При настанні страхового випадку, визначеного у п. 2.2.2., розмір страхової виплати залежить від встановленої групи інвалідності: для 3-ї групи інвалідності - 65% від відповідної страхової суми, для 2-ї групи інвалідності - 85% від відповідної страхової суми, для 1-ї групи інвалідності - 100% відповідної страхової суми.

9.7. При настанні страхового випадку, визначеного у п. 2.2.3., розмір страхової виплати становить 100% відповідної страхової суми.

9.8. Для здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику протягом 15 календарних днів з моменту в'їзду на територію України або країни постійного проживання заяву про настання події, Договір страхування, підписаний належним чином відповідно до умов публічного договору-оферти, документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати, її право на отримання страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного номера та оригінали наступних документів:

9.8.1. у разі відшкодування медичних витрат:

- Оригінал документів з медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта (Застрахованої особи), точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, їх перелік, вартість, загальну суму витрат).

- Рецепти, виписані лікуючим лікарем Застрахованій особі, де вказані назви лікарських засобів.

- Оригінали оплачених деталізованих рахунків щодо наданих медичних та інших послуг, з вказаними датами та вартістю, загальною сумою до оплати.

- Оригінали деталізованих рахунків за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), на яких зазначено номер телефону, дату, час та вартість розмови.

- Оригінали платіжних документів, що підтверджують факт оплати за надані послуги, а саме: квитанції про сплату послуг, касові чеки, банківські квитанції із зазначеною сумою переказу, тощо.

- Закордонний паспорт Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю (або проїзний документ на дитину).

- Проїзні документи;

- Рахунки за технічні, адміністративні, юридичні послуги, що були надані, (якщо опції покриваються програмою страхування);

9.8.2 у разі стійкої втрати працездатності (встановлення групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку:

- Акт про нещасний випадок (за наявності), складений у встановленому чинним законодавством порядку;

- Виписка з історії хвороби або амбулаторної картки, підписана відповідальною особою та завірена печатками лікувального закладу, що засвідчує причину встановлення інвалідності. Для дітей віком до 18 років також надається історія розвитку дитини, де зафіксоване обґрунтування визнання дитини інвалідом;

- Довідка медико-соціальної експертної комісії (далі – МСЕК) про встановлення групи інвалідності або ступінь втрати професійної працездатності. Для Застрахованих осіб віком до 18 років надається медичний висновок лікарсько-консультативної комісії про дитину-інваліда;

- Документи, видані компетентними органами, що містять відомості щодо дати, часу, обставин, причин настання нещасного випадку.

9.8.3. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку:

- Акт про нещасний випадок (за наявності), складений у встановленому чинним законодавством порядку;

- Свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

- Лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

- Документи, видані компетентними органами, що містять відомості щодо дати, часу, обставин, причин настання нещасного випадку або раптового захворювання.

9.9. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери, тощо) надаються в оригіналі.

9.10. Інші необхідні та належним чином оформлені документи щодо настання події можуть бути надані Страховику протягом 15 календарних днів з моменту в'їзду на територію України. Документи надаються у найближче представництво Страховика, що зазначений на сайті (www.kniazha.com.ua).

9.11. При отриманні заяви про подію, що має ознаки страхового випадку, Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) офіційного перекладу документів, які надані для визнання події, що має ознаки страхового випадку, на українську мову.

9.12. Для здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування за опцією «N» п. 3.1.4.1. Страхувальник протягом 15 календарних днів з моменту нездійснення подорожі повинен надати Страховику наступні документи:

9.12.1. Договір страхування, підписаний належним чином відповідно до умов публічного договору-оферти;

9.12.2. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру, паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за виплатою страхового відшкодування;

9.12.3. оригінал договору на туристичне обслуговування;

9.12.4. документи, що засвідчують отримання грошових коштів від Страхувальника по оплаті туристичних послуг (туристична путівка, касовий чек, виписка з банку, інше), документи, що підтверджують оплату місця проживання та авіаквитків;

9.12.5. документів, що підтверджують повернення Туроператором (Турагентом) Страхувальнику частини коштів за договором по наданню туристичних послуг (калькуляція повернення, прибутковий касовий ордер, інше);

- 9.12.6. довідка туристичної фірми про витрати Застрахованої особи, які пов'язані з оплатою штрафних санкцій (якщо є), згідно Договору надання туристичних послуг, при анулюванні подорожі;
- 9.12.7. документи і відомості, необхідні для встановлення характеру страхового випадку, а саме:
- 9.12.7.1. при неможливості здійснити подорож у разі раптові хвороби, тяжких тілесних пошкоджень Страхувальника – листок непрацездатності, довідка медичної установи із зазначенням діагнозу, конкретної дати звернення, яка свідчить про звернення туриста в медичну установу протягом 24 годин з моменту настання розладу здоров'я та підтверджує факт загрози для життя та необхідності екстреної госпіталізації; виписка з медичної карти стаціонарного хворого, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою лікувальної установи, зазначення конкретних протипоказань для здійснення туристичної подорожі; висновок судово – медичної експертизи про ступень важкості отриманих тілесних ушкоджень, та зазначенням конкретних причин, які є протипоказанням для здійснення подорожі;
- 9.12.7.2 офіційне оголошення країни подорожі зоною стихійного лиха або військових дій, якщо це офіційно визнано та об'явлено Урядом країни подорожі, ООН або іншими компетентними міжнародними організаціями через СМІ, та подорож до якої є офіційно не рекомендованою Міністерством закордонних справ України, факт події якої встановлено не раніше ніж 10 днів до здійснення подорожі – відповідь на інформаційний запит до Міністерства культури і туризму України про повідомлення Міністерства закордонних справ України про утримання від відвідування країни подорожі. Інформаційний запит встановленого зразку відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації», надається Страховиком протягом 3 (трьох) робочих днів після отримання заяви про настання страхового випадку від Страхувальника;
- 9.12.7.3. при неможливості здійснити подорож через відміну авіакомпанією авіарейсу, яким мала полетіти Страхувальник (Застрахована особа), через закриття повітряного простору над територією країни подорожі внаслідок стихійних лих - довідка про відміну авіакомпанією авіарейсу, яким мала полетіти Страхувальник (Застрахована особа) в встановлений строк, через закриття повітряного простору над територією країни подорожі внаслідок зазначеного стихійного лиха.
- 9.13. Факт настання страхового випадку може бути підтверджений іншими документами на запит Страховика.
- 9.14. Інші терміни, що не обумовлені Договором, визначені у Правилах та законодавстві України. Якщо значення якого-небудь терміну (найменування або поняття) не обумовлено Договором та не може бути визначено, виходячи з Правил чи законодавства, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.
- 9.15. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів після отримання від Страхувальника всіх необхідних документів для підтвердження факту настання страхового випадку та визначення розміру збитку Страховик приймає рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати/страхового відшкодування про що складає відповідний акт.
- 9.15.1. А у випадку наявності обґрунтованих сумнівів у правомірності вимог Страхувальника (Застрахованої особи) на одержання страхової виплати/страхового відшкодування (в тому числі внаслідок виникнення у Страховика сумнівів стосовно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей та документів, або якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини страхового випадку та (або) розмір збитків (понесених витрат). У цьому випадку відстрочення відбувається до одержання необхідних доказів цих вимог. Граничний строк відстрочення здійснення страхової виплати – шість місяців з дати надання Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин та обставин страхового випадку, розміру збитку та інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати.
- 9.16. В разі суперечок Страховик має право за свій рахунок провести незалежну експертизу та додаткове медичне чи клінічне обстеження Застрахованої особи у визначених Страховиком медичних закладах.
- 9.17. Строк прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати подовжується на період проведення медичного огляду, очікування документації та інформації про випадок від Асистансу, відповідей компетентних органів, закладів за запитами Страховика (Асистанса).
- 9.18. Про прийняття одного з рішень, передбачених пунктами 9.15. та 9.15.1. Договору, Страховик повідомляє Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 9.19. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дати підписання страхового акту. Виплата страхового відшкодування здійснюється в безготівковій формі відповідно до умов Договору. Днем виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика.
- 9.20. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку зі страхування майна безпосередньо Страхувальнику або Вигодонабувачу, або за дорученням Страхувальника або Вигодонабувача – третім особам, що надають послуги (виконують роботи) з відновлення, відтворення та/або заміщення Застрахованого майна.
- 9.21. Організація необхідної медичної допомоги відбувається згідно Міжнародних Протоколів, Протоколів надання медичної допомоги, що діють в країні перебування та з врахуванням особливостей медичної допомоги в країні перебування.
- 9.22. Виклик швидкої допомоги проводиться в залежності від ситуації щодо підстави для виклику та згідно міжнародних стандартів здійснюється переважно для негайного транспортування постраждалого в лікарню для надання йому кваліфікованої екстреної медичної допомоги.
- 9.23. У разі раптового захворювання, що потребує надання амбулаторної допомоги, переважним є організація медичним асистансом консультації лікаря на базі лікарні. У разі відмови Страхувальника (Застрахованої особи) від консультації в лікарні, Страховик відшкодовує витрати для огляду лікаря на дому або з франшизою 50% (якщо можливий такий розрахунок з лікарем) або з оплатою Страхувальником (Застрахованою особою) такої послуги самостійно, з подальшим відшкодуванням витрат після повернення в Україну 50% від вартості консультації.

10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ:

10.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

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

10.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

10.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

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

10.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником Асистансу (Страховика) про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків, а також у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку.

10.1.6. несвоєчасне повідомлення або неповідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про зміну ступеню страхового ризику.

10.1.7. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, передбачених Договором страхування (неподання та/або подання не в повному обсязі, та/або несвоєчасне подання документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо страхової виплати та підтвердження розміру збитків; невиконання вимог щодо своїх дій при настанні страхового випадку, в т.ч. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних призначень, рекомендацій та інструкцій Асистансу, що призвело до додаткових витрат; відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика, для підтвердження факту настання страхового випадку; тощо).

10.1.8. отримання Застрахованою особою послуг, види та/або обсяги яких не передбачені Договором страхування.

10.1.9. настання випадків, що є виключенням зі страхових випадків або обмеженнями страхування, які визначені в Розділі 10 Договору страхування.

10.2. Страховик має право зменшити страхову виплату, якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок події, передбаченої Договором страхування, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткового збитку. Зокрема, Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та, як наслідок, збільшення медичних витрат.

10.3. В інших випадках, передбачених законом.

10.4. Крім того, у будь-якому випадку не підлягають оплаті наступні витрати:

10.4.1. Витрати на санаторно-курортне лікування.

10.4.2. Витрати на транспортування Застрахованої особи (за медичними показниками), якщо вона сама, чи в супроводі іншої особи, не має протипоказань та стан здоров'я дозволяє повернутися до країни постійного проживання.

10.4.3. Витрати на проведення повторних консультацій та витрати з проведення перев'язувальних маніпуляцій більше ніж 3 (три) рази при наданні амбулаторної допомоги; лікування в амбулаторних умовах не більше 14 днів; стаціонарна допомога не більше 21 доби.

10.4.4. Витрати і збитки через неможливість працювати, брати участь в подорожі, екскурсії, проводити відпустку за кордоном, за бронювання квитків і місць у готелях, моральну шкоду.

10.4.5. Витрати пов'язані з вагітністю до 28 тижнів та її наслідками або ускладненнями, в т.ч. пов'язані з пологами, штучним перериванням вагітності крім позаматкової вагітності, за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями.

10.4.6. Витрати щодо надання медичної допомоги Застрахованій особі з терміном вагітності більше 28 тижнів. Витрати на післяпологовий догляд за дитиною, крім випадків, коли медична допомога необхідна для врятування життя Застрахованої особи;

10.4.7. Витрати щодо захворювань, які передаються статевим шляхом, в т.ч. неспецифічних бактеріологічних, вірусних та грибкових захворювань статевих органів (кольпіт, вульвовагініт, вагіноз, уретрит, уретропростатит та ін.), СНІДу, а також всіх хвороб, викликаних ВІЛ-інфекцією.

10.4.8. Витрати, пов'язані із раптовою хворобою або нещасним випадком, що стались внаслідок перебування в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або вживання не прописаних лікарем ліків, самолікування.

10.4.9. Витрати з приводу загострення вроджених, хронічних захворювань, цукрового діабета, туберкульоза, онкологічних захворювань та їх ускладнень а також хвороб, що розвинулись ще під час перебування в країні постійного проживання. Витрати, пов'язані із нещасним випадком, що став наслідком вроджених, хронічних, онкологічних захворювань цукрового діабета і хвороб, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання. Виключенням є випадки ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи або зняття гострого болю протягом 5 днів; при цьому обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком витрат є наявність медичного висновку (висновку Асистансу), що підтверджує відповідний важкий стан Застрахованої особи.

10.4.10. Витрати на медичні, технічні, адміністративні, юридичні послуги, якщо подорож здійснювалась з метою їх отримання, у тому числі:

10.4.10.1. у разі здійснення Застрахованою особою подорожі за кордон, незважаючи на медичні протипоказання та за погодженням зі Страховиком опцій та лімітів надання необхідної медичної допомоги;

10.4.10.2. На будь-які послуги, якщо подія, що має ознаки страхового випадку, відбулася під впливом алкогольних, наркотичних або токсичних речовин, в тому числі пов'язана з керуванням Застрахованою особою будь-яким

транспортним засобом під впливом алкогольних, наркотичних або токсичних речовин. При цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртових напоїв, чинних у країні перебування.

10.4.10.3. На будь-які послуги, якщо подія, що має ознаки страхового випадку, відбулася під керуванням Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без відповідного дозвільного посвідчення, що визнається в країні перебування, або внаслідок передавання Застрахованою особою керування особі, яка не мала відповідного дозвільного посвідчення, а також якщо Застрахована особа, заздалегідь про це знаючи, їхала в транспортному засобі, яким керувала особа, яка не має відповідного дозвільного посвідчення чи перебувала під впливом алкогольних, наркотичних або токсичних речовин.

10.4.11. Витрати щодо захворювань, виникнення яких могло бути попереджено завчасною вакцинацією, при наявності вимог прикордонних служб щодо вакцинації при виїзді у відповідну країну.

10.4.12. Витрати на стоматологічну допомогу, що перевищує 100 Євро.

10.4.13. Витрати на пластичні, косметичні операції, відновлювальну хірургію, металоостеосинтез, будь-яке протезування включаючи очне та зубне, аорто - коронарне шунтування, трансплантацію органів та тканин; купівлю і ремонт допоміжних засобів, зокрема окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, стентів, кардіостимуляторів, протезів, ортезів, бандажів, будь – яких фіксаторів, металевих спиць, металевих цвяхів та гвинтів для фіксації костей, милиць, вимірювальних приладів, інвалідних візків, тростин, термометрів та інших виробів медичного призначення.

10.4.14. Витрати на лікування, якщо поїздка за кордон була здійснена Застрахованою особою з наміром одержати це лікування;

10.4.15. Якщо витрати пов'язані з проведенням планових операцій та/або патологічними переломами кісток із-за вроджених або надбаних до початку дії договору страхування, фізичних вад чи хронічних захворювань, витрати пов'язані з лікуванням та діагностикою вроджених захворювань чи їх наслідків.

10.4.16. Витрати, пов'язані із скоєнням Застрахованою особою умисного правопорушення за кордоном, яке визнається таким за законами, що діють в країні перебування, або за законами, що діють в країні постійного проживання Застрахованої особи.

10.4.17. Витрати, пов'язані із спробою самогубства або витрати у разі смерті Застрахованої особи, коли вона скінчила життя самогубством (за винятком випадків, коли вона була доведена до цього протиправними діями третіх осіб), або, бажаючи отримати страхову виплату, навмисно нанесла собі тілесні ушкодження або попросила це зробити іншу особу.

10.4.18. Витрати на психотерапевтичне і психіатричне лікування.

10.4.19. Витрати, пов'язані з наданням медичних послуг, що не є необхідними з медичної точки зору (за рішенням Страховика), чи з лікуванням і придбанням медичних препаратів, не призначеним лікарем чи надаються після ліквідації загрози для життя та здоров'я Застрахованої особи.

10.4.20. Витрати, пов'язані з наданням послуг спеціалізованою особою, що не має відповідної ліцензії, або права на здійснення відповідної діяльності .

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

10.4.22. Витрати, пов'язані з наданням додаткового комфорту, зокрема: телевізору, телефону, кондиціонеру, представлення палат підвищеного комфорту, послуг перукаря, масажиста, косметолога та таке інше.

10.4.23. Витрати та стани, що виникли до початку дії Договору страхування або після дати закінчення строку дії Договору страхування.

10.4.24. Витрати на додолікування, геліотерапію та косметичне лікування, якщо воно не є етапом екстреної медичної допомоги у разі страхових випадків, зумовлених травмою, одержаною внаслідок нещасного випадку в період дії Договору страхування.

10.4.25. Витрати на лікування з застосуванням способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною, на лікування нетрадиційними методами, в т.ч. на обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії, реабілітацією, фізіотерапію тощо, або які вважаються експериментальними або носять дослідницький характер

10.4.26. На будь-які послуги або лікування Застрахованої особи, що не є невідкладним (негайним, екстреним) і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку.

10.4.27. Витрати, пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати по запобіганню вагітності.

10.4.28. На будь-які медичні послуги (допомогу), у тому числі хірургічну, що має плановий характер, на хірургічне втручання та/або терапевтичне лікування, що не є терміновим та за медичним висновком може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в Україну.

10.4.29. На придбання полівітамінів, імуномодуляторів, препаратів для постійного прийому, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами.

10.5.30. На транспортування Застрахованої особи до медичного закладу або лікаря за відсутності клінічної необхідності та медичних показань у такому транспортуванні машиною швидкої допомоги або іншим транспортним засобом.

10.5.31. На транспортування, в т.ч. з одного медичного закладу в інший, медичну евакуацію або репатріацію, що не були організовані Асистансом та/або без попереднього погодження з Асистансом (Страховиком).

10.5.32. На транспортування Застрахованої особи по території України (країні постійного проживання Застрахованої особи чи країні, громадянином якої вона є).

10.4.33. 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.

10.4.34. Витрати на утримання супроводжуючих осіб або близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом із нею за кордоном під час госпіталізації Застрахованої особи. Виключенням є випадки, коли супроводжуюча

особа або близький родич виступатиме особою, що супроводжуватиме Застраховану особу при транспортуванні до країни постійного проживання, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком (згідно п. 2.2.2. та 2.2.3. Правил); або супроводжуюча особа є один із батьків дитини до 6 років та перебування якого з дитиною є необхідним згідно медичних висновків (по узгодженню із Страховиком).

10.4.35. Витрати, пов'язані із впливом іонізуючого випромінювання або радіоактивного забруднення.

10.4.36. Витрати, пов'язані із раптовою хворобою, нещасним випадком або іншою непередбаченою подією, що стали наслідком фізичної праці за наймом Застрахованої особи, внаслідок занять любительським або професійним спортом, сафари, скелелазіння, альпінізм, гірський туризм, спелестологія, спелеологія, каньонінг, автомобільний туризм (в т.ч. квадроцикл, мотовсюдихід та інше), дюльфер, віндсерфінг, вейкбордінг, каякінг, рафтинг, маунтінбайкінг, джайлоо-туризм, кайтсерфінг, катання на санках, катання на ковзанах, катання на водних засобах розваги та інше, за виключенням випадків зазначення в Договорі страхування певної групи ризику і сплати відповідно до неї страхового платежу.

10.4.37. Витрати на технічну, адміністративну, юридичну допомогу, що не є необхідною з технічної чи юридичної точки зору за висновком Страховика або Асистансу.

10.4.38. На лікування, що за медичними показаннями може бути відкладене до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання, в тому числі витрати на проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можна замінити курсом консервативного лікування.

10.4.39. Витрати на лікування розладів органів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження або попадання води) та органів зору крім випадків гострого больового синдрому, при наявності встановленого медичного діагнозу та призначеного лікування.

10.4.40. Витрати пов'язані з отриманням (підготовкою) необхідних документів, інформації та доказів.

10.4.41. Лікуванням хвороб шкіри та підшкірної клітковини, пов'язаних з дією сонячного випромінювання (сонячних опіків) та дерматитів (контактних, алергічних та інші), кропивниць, еритем, а також витрати щодо вірусних інфекцій, які характеризуються ураженням шкіри та слизових оболонок (вітряна оспа, кір, краснуха, герпесна інфекція) після постановки діагнозу, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи (важка форма хвороби).

10.4.42. Лікуванням захворювання чи травми, що виникли внаслідок грубого 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).

10.4.43. Лікування на території країни (місця) тимчасового перебування після дати, коли на думку лікаря, призначеного Асистансом, медична репатріація є можливою за медичними показаннями, крім тих витрат, що були здійснені з метою медичної репатріації Застрахованої особи;

10.5. Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування, якщо Страхувальник (Застрахована особа) відмовляється від переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну постійного проживання.

10.6. Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування, що перевищує 100 Євро (п. 9.5) у разі відсутності погодження Страховиком (Асистансом) факту звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу (спеціалізованої особи).

10.7. До страхових випадків, визначених у пп. 2.2.2, 2.2.3, не відносяться події, що відбулися внаслідок: самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до самогубства (замаху на самогубство) протиправними діями третіх осіб; перебування Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, при наявності клінічної картини, коли алкоголю в крові Застрахованої особи було виявлено більш ніж 0,5 проміле, наркотичного або токсичного сп'яніння; управління Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передачею нею управління особі у такому стані; управління Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом, якщо вона не має права управління цим транспортним засобом, або немає відповідної категорії водія, або передачею нею управління іншій особі, яка не має вищезазначених прав; вчинення спадкоємцем Застрахованої особи навмисного злочину, що призвів до страхового випадку; впливу радіоактивного випромінювання.

10.8. Не відноситься до страхових випадків, визначених у пп. 2.2.2, 2.2.3, травмування Застрахованої особи внаслідок її участі у спортивних заходах, зайняття екстремальними видами розваг та спорту, польотів Застрахованої особи на літальних апаратах у якості пілота. Виключенням є випадок зазначення в Договорі страхування певної групи ризику і сплати відповідно до неї страхового платежу.

10.9. Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

10.10. На оплату послуг, пов'язаних з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі відкладення відправлення літака або відмінення авіарейсу Застрахованої особи, якщо:

10.11. Застрахована особа не пройшла реєстрацію на рейс, крім випадків, коли не було можливості пройти реєстрацію через страйк або з технічних причин, про які Застрахованій особі не було повідомлено до реєстрації.

10.12. Затримка авіарейсу стала наслідком страйку, або виникла з технічних причин, про які Застрахованій особі було повідомлено до реєстрації.

10.13. Застрахована особа відмовилась від перельоту до вильоту літака свого рейсу.

10.14. На оплату послуг, пов'язаних з незручностями використання авіаційного транспорту, у разі затримки доставки багажу або втрати чи знищення багажу Застрахованої особи, якщо:

10.14.1. Багаж перевозиться авіарейсом, кінцевим пунктом якого є Україна та/або країна постійного проживання

Застрахованої особи.

10.14.2. Затримка багажу Застрахованої особи викликана митним доглядом та/або порушеннями правил митного контролю.

10.14.3. Застрахована особа не повідомила уповноваженому представникові авіалінії про затримку доставки багажу або його втрату.

10.14.4. Витрати на придбання предметів першої необхідності та одягу були здійснені Застрахованою особою після доставки її багажу перевізником.

10.14.5. Витрати були здійснені Застрахованою особою після 3 (трьох) днів з моменту її прибуття в аеропорт країни тимчасового перебування.

10.14.6. Пошкодження або зниження багажу сталося внаслідок конфіскації та (або) знищення багажу митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування.

10.14.7. Пошкодження (псування) вантажу сталося внаслідок звичайної зношеності, прихованих дефектів, дії комах, хімічних реактивів, внаслідок ушкодження багажу грибок (пліснявою), черв'яками, гризунами або внаслідок інших несприятливих умов.

10.14.8. Пошкодження (псування) вантажу або його втрата сталися внаслідок неправильного, несвоєчасного або неповного оформлення перевізних документів, внаслідок пошкодження багажу при цілісності зовнішньої упаковки або внаслідок невідповідності упаковки, або відправлення багажу в ушкоджену стані.

10.14.9. Втрати (пошкодження, знищення) разом з багажем готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, дорожніх чеків, цінних паперів, готівки, талонів на оплату палива, особливо цінних речей та предметів (ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, які мають художню або історичну цінність тощо), зубних протезів та контактних лінз тощо.

10.15. На оплату послуг, що пов'язані з заміною (відновленням) документів за кордоном у разі:

10.15.1. Конфіскації документів митними органами або іншими представниками офіційної влади країни тимчасового перебування.

10.15.2. Неповідомлення Застрахованою особою відповідних служб щодо загублених (втрачених, викрадених) документів.

10.15.3. Заміни документів, якщо така заміна викликана пошкодженням, утратою ними вигляду, придатного для використання, тощо.

10.16. Учасі в спортивних змаганнях, у випробуваннях експлуатаційних та/або технічних характеристик (в тому числі "тест-драйв"), автошоу, використання для навчальної їзди.

10.17. Страховик не несе відповідальності і не відшкодовує витрати на будь-які послуги:

10.17.1. Пов'язані з втратою (пошкодженням знищення) разом з багажем готівки, особистої, адміністративної та ділової документації (у тому числі комерційних або наукових матеріалів), документів, що посвідчують особу, свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу, посвідчення водія, дорожніх чеків, цінних паперів, готівки, талонів на оплату палива, особливо цінних речей та предметів (ювелірних виробів, колекцій, речей та предметів, які мають художню або історичну цінність тощо), зубних протезів та контактних лінз тощо, крім випадків, передбачених в п. 9.1.10 цих Правил.

10.17.2. Якщо подія сталася поза територією дії Договору страхування.

10.17.3. Витрати з репатріації тіла Застрахованої особи, що не були узгоджені Страхувальником або особами, які займалися організацією репатріації згідно п.8.10.

11. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ СТРАХУВАННЯ

11.1. Страховик зобов'язаний:

11.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами, умовами та програмами страхування, Договором про підписання правочинів №35-2018 від 07.08.2018р., Публічним договором-офертою №21-2017 від 26.05.2017р.. Підписання Договору страхування Страхувальником свідчить про факт ознайомлення та згоди Страхувальника та Застрахованої особи із Правилами та умовами страхування, Договором про підписання правочинів №35-2018 від 07.08.2018р., Публічним договором-офертою №21-2017 від 26.05.2017р., всі тлумачення, терміни та умови страхування є їм зрозумілі.

11.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової виплати / страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі), Асистансу або спеціалізованій особі.

11.1.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у строк, передбачений цими Умовами страхування.

11.1.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 5 робочих днів з дати затвердження страхового акта.

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

11.1.6. Зберігати в таємниці відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених законом.

11.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

11.2.1. Сплатити страхову премію одноразово, не пізніше дати, зазначеної в Договорі страхування як початок його дії.

11.2.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і вимагаються представником Страховика при укладанні Договору страхування.

В рамках Договору під підвищеним ступенем страхового ризику розуміється зміна будь-якої інформації щодо Застрахованих осіб від тієї, що зазначена в Договорі або у Заяві на страхування, та прийняття на страхування якої потребує сплати більших страхових платежів, ніж були сплачені за Договором.

11.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета договору за цим Договором страхування. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що предмет Договору страхування уже застрахований, новий Договір страхування є нікчемний.

11.2.4. Якщо Договір страхування укладається про страхування Застрахованої особи, яка не є Страхувальником, Страхувальник зобов'язаний ознайомити її з умовами страхування за Договором страхування.

11.2.5. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

11.2.6. Своєчасно повідомити Страховика (Асистанс) про настання події, що має ознаки страхового випадку, в строк передбачений умовами Договору страхування.

11.2.7. Виконувати умови Договору страхування, в т.ч. узгоджувати із представником Страховика (Асистансу) всі дії, пов'язані з отриманням медичних та інших платних послуг, передбачених Договором страхування, виконувати рекомендації та розпорядження Страховика (Асистанса).

11.2.8. При зміні ступеню страхового ризику, про який Страхувальник знав або міг знати заздалегідь, письмово повідомити Страховика за 3 (три) робочих дні до таких змін. В інших випадках повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів від настання таких змін.

11.2.9. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування.

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

11.2.11. Повернути Страховику отриману страхову виплату, якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності були виявленні обставини, що за чинним законодавством або відповідно до цих Правил або умов Договору страхування, позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на одержання страхової виплати.

11.2.12. Повідомити Страховика про можливість пред'явлення права вимоги до осіб, винних у завданні йому майнової шкоди (збитків).

11.2.13. Не відмовлятися від майнових вимог до осіб, винних у завданні йому майнової шкоди (збитків), і не створювати передумов, за яких реалізація Страховиком права вимоги до винних осіб стане неможливою.

11.2.14. Погодитись на переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну постійного проживання.

11.2.15. Протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події повідомити Страховика або Асистуючу компанію за будь-яким цілодобовим номером телефону або через програму «Viber», «WhatsApp», Месседжер або шним варіантом зв'язку, що зазначений на обкладинці Договору.

11.2.16. Погоджувати зі Страховиком або асистансом всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі страхового випадку.

11.2.17. Виконувати розпорядження та/чи рекомендації Страховика або асистансу щодо дій в разі страхового випадку.

11.2.18. Погодитись на переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначить, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій, чи в супроводі іншої особи, повернутися в країну постійного проживання.

11.4. Страховик має право:

11.4.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію щодо предмету договору страхування та страхового випадку.

11.4.2. Відмовити у страховій виплаті в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого з зобов'язань передбачених умовами даного Договору.

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

11.4.4. Протягом встановленого згідно з чинним законодавством України строку позовної давності вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені чинним законодавством України чи Договором страхування.

11.4.5. Достроково припинити дію Договору страхування.

11.4.6. Направляти запити до компетентних органів про надання інформації для з'ясування причин та наслідків страхового випадку.

11.4.7. Страховик має переважне право на вибір лікувального закладу та/або способу поховання тіла.

11.4.8. У разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події.

11.4.9. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та (або) визначення розміру страхової виплати, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність наданої інформації.

11.4.10. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, а також робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією.

11.4.11. Аргументовано відмовити у страховій виплаті частково або повністю, керуючись цими Додатковими умовами та умовами Договору страхування.

11.4.12. Вимагати від Страхувальника повернення виплаченої страхової виплати, якщо Страховик отримав докази того, що Страхувальник не мав права на її отримання.

11.4.13. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах або перед заявниками претензій, подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку.

11.4.14. Протягом встановленого згідно з чинним законодавством України строку позовної давності, вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені чинним законодавством України або цими Правилами чи Договором страхування.

11.5. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

11.5.1. Укладати Договори страхування із Страховиком на власну користь та на користь інших осіб (Застрахованих осіб).

11.5.2. Ознайомитися з умовами Договору страхування та умовами цих Правил.

11.5.3. Отримувати докладну інформацію про послуги Асистансу, що надаються Застрахованим особам, а також отримати послуги, які передбачені Договором страхування.

11.5.4. Ініціювати внесення змін умов Договору страхування.

11.5.5. На дострокове припинення дії Договору страхування.

11.5.6. Отримати страхове відшкодування та/або отримати страхову виплату при самостійній оплаті послуг.

11.5.7. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті у порядку, встановленому законом.

11.5.8. На отримання послуг, передбачених розділом 3 Договору страхування в залежності від програми страхування (без узгодження із Асистуючою компанією або Страховиком), і їх самостійну оплату в межах 100 Євро.

11.6. Відповідальність Сторін:

11.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені у розмірі 0,01% від суми простроченого страхового відшкодування за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нарахована пеня.

11.6.2. Страхувальник (Застрахована особа) несе відповідальність за достовірність наданої інформації в разі страхового випадку щодо стану здоров'я Застрахованої особи або нещасного випадку. В разі надання Страхувальником (Застрахованою особою) недостовірної інформації (неправдивих відомостей) Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування.

11.6.3. Сторони зобов'язані протягом 10 (десяти) календарних днів письмово повідомляти одна одну про зміну місцезнаходження (місця реєстрації), банківських та інших реквізитів, що зазначені у Договорі. Страховик повідомляє про зміну місцезнаходження, що зазначене у Договорі, шляхом розміщення відповідної інформації на сайті (www.kniazha.com.ua).

11.6.4. У зв'язку з набранням чинності Закону України «Про захист персональних даних», шляхом підписання даного Договору, Страхувальник надає згоду Страховику на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних з метою та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних, в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України.

Наведена вище інформація також може передаватися третім особам, безпосередньо задіяним в обробці цих даних, а також в інших випадках, прямо передбачених законодавством.

Підписанням даного Договору Страхувальник посвідчує, що отримав повідомлення про включення інформації про нього до бази персональних даних КЛІЄНТИ з метою та в обсязі, передбаченим чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних та підтверджує, що з правами, наданими ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних», та Положенням про захист персональних даних ознайомлений, і про місцезнаходження бази персональних даних повідомлений. Страхувальник підтверджує, що отримав письмову згоду від Вигодонабувача/ Застрахованої особи щодо обробки його персональних даних Страховиком та повідомив останнього про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися його персональні дані, осіб, яким передаються його персональні дані, та права, визначені ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».

11.6.5. Підписанням даного Договору страхування, Страхувальник підтверджує те, що йому до укладення зазначеного Договору страхування Страховиком було додатково надано інформацію передбачену частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Страхувальник підтверджує, що отримав відповіді на усі питання та вичерпну інформацію стосовно послуги, в зрозумілих для нього термінах, пересвідчився у наявності потрібних йому умов співпраці, свідомо та вільно зробив свій вибір послуги.

11.6.6. В будь-якому випадку відшкодуванню не підлягають збитки, які виникли внаслідок пошкодження, знищення, ушкодження, перекручення, стирання, псування електронних даних з будь-якої причини в будь-якому електронному/електромеханічному обладнанні/устаткуванні (ІТ-системі/комп'ютері, програмному забезпеченні тощо), в т.ч. але не обмежуючись внаслідок комп'ютерного вірусу, а також збитки, що виникли безпосередньо або опосередковано внаслідок втрати можливостей використання предмету договору та зниження його функціональності внаслідок подій, що визначені в цьому пункті Договору.

Електронна дані - факти, концепції, інформації, що перетворені в форму, яку можна використовувати для зв'язку, інтерпретації або обробки за допомогою електронного/електромеханічного обладнання для обробки даних або електронно-керованого устаткування, та включають в себе програми, програмне забезпечення та інші закодовані інструкції для обробки і маніпуляції даними або для контролю і маніпуляції за таким обладнанням.

Комп'ютерний вірус - набір спотворюючих, шкідливих або іншим чином несанкціонованих інструкцій або коду, включаючи набір зловмисно ведених несанкціонованих інструкцій або програмного або іншого коду, які поширюють себе через комп'ютерну систему або через мережу будь-якого типу.

1. SUBJECT MATTER OF THE INSURANCE CONTRACT

1.1. Subject matter of the Insurance Contract:

1.1.1. property interests that do not contradict the legislation of Ukraine, related to life, health, and working ability of the Insured (the Insured person), namely payment for health services and other services provided to the Insured (the Insured person) due to health problems or other unforeseen events while travelling abroad;

1.1.2. the Insured's property interests that do not contradict the laws, related to possession, use and disposal of the Insured property, which belongs to the Insured under the terms of ownership, business ownership, operational management or lawfully received from other legal entities and/or individuals - property insurance.

2. LIST OF INSURED EVENTS

2.1. Insured event shall mean an event provided by the Insurance Contract, which has occurred and occurrence of which leads to the Insurer's obligation to pay insurance indemnity.

2.2. The following events shall be insured events:

2.2.1. Event provided by the Insurance Contract that is not subject to exclusions or limitations of insurance, that has occurred and occurrence of which leads to the Insurer's obligation to pay insurance claim by paying indemnity to the Insurer's Assistance or the Insured (the Insured person) of the costs for providing emergency health care and additional services while travelling abroad, within the terms, scope, and limits of insurance, provided by the Insurance Contract;

EMERGENCY (IMMEDIATE, URGENT) MEDICAL CARE shall mean health care that is needed according to vital signs and failure to provide or delay of provision of which may lead to significant and lasting disorder of body functions or a separate organ, manifestations of severe complications or death of the Insured person due to sudden illness or accident, and which can not be postponed until the Insured person's return to the place of residence.

2.2.2. Permanent disability of the Insured person due to accident (1st, 2nd, 3rd group of disability);

2.2.3. Death of the Insured person due to sudden illness or accident.

2.3. The Insurer shall pay insurance indemnity, unless otherwise provided by the Insurance Contract, in the following cases (depending on the chosen insurance program):

2.3.1. Application by the Insured person via the Assistance or independently for emergency medical care to health care facility, in particular due to:

- sudden illness, which occurred suddenly and threatens the life and health of the Insured person;

SUDDEN ILLNESS shall mean sharp, sudden health deterioration due to unexpected illness or injury of the Insured person, which threatens health and/or life and requires emergency (immediate, urgent) medical care, which can not be postponed until the Insured person returns to the place of residence. Threat to health and/or life of the Insured person under the Contract shall mean the condition of the Insured person, where failure to provide emergency medical care can lead to significant and lasting disorder of body functions or a separate organ, serious complications caused by acute illness, accident or death of the Insured person.

- health problems due to accident.

ACCIDENT shall mean sudden, brief, unexpected, random, unpredictable, and independent of the will of the Insured (the Insured person, the Beneficiary) event that occurred during the period of the Contract, and resulted in trauma (injury), health problems (temporary or permanent) or death of the Insured person, namely: trauma (bruised tissue, fractures or dislocations of bones, rupture of organs (total or partial); wounds; ingress of foreign objects into organs and tissues; burns; freezing; drowning; electric shock (including lightning); asphyxia (suffocation); animal bites, poisonous snakes, poisonous insects; accidental acute poisoning by chemicals, poisonous mushrooms, and poisonous plants; rabies disease, tick-borne encephalitis disease, poliomyelitis, botulism; other events stipulated by the Insurance Contract.

2.3.2. Death of the Insured person due to sudden illness or accident.

2.3.3. Application by the Insured person via the Assistance or independently for administrative assistance, in particular due to:

- delay in delivery, loss, or damage to baggage;

- delay in delivery, loss, or damage to equipment;

- costs of communication services;

- costs of purchasing basic necessities;

- costs of assistance due to replacement of documents in case of loss or theft.

2.3.4. Application of the Insured person due to trip cancellation as a result of:

- sudden illness;

- official announcement of the travel destination as the area of natural disaster or military actions;

- cancellation of flight by airline.

2.4. The Insurer shall indemnify the damage under the terms of selected program and type of insurance specified in the Contract.

3. COSTS TO BE INDEMNIFIED BY THE INSURER

3.1. MEDICAL AND OTHER EXPENSES INSURANCE

3.1.1. HEALTH CARE OPTION PACKAGE MINIMUM

PROGRAM "A" + ACCIDENT INSURANCE OPTION

3.1.1.1. Treatment costs shall mean the costs incurred when providing emergency medical care to the Insured person and shall include:

- providing emergency medical care (including on the site of emergency medical conditions occurrence);

- providing inpatient care in health care facilities (treatment with medication, diagnostic and therapeutic procedures, surgery, use of any medical equipment necessary for treatment, consultation services and reward for health professionals, costs of staying in wards, including intensive care; nutrition while staying in inpatient department according to the standards of the relevant health care facility)- not more than 10% of the sum insured for one insurance case.

Inpatient care shall mean health care provided under conditions of 24/7 (exceeding 24 hours) medical supervision and treatment (i.e. inpatient) in health care facilities.

- providing outpatient care in health care facility or by certified doctor (consultations, health care services, diagnostic tests, medication, dressing materials, required fixing means) - 2 hits per year.

3.1.1.2. Transportation costs of the Insured person:

- to the nearest health care facility or doctor, or in both directions (under the Insurer's decision);

- to specialized health care facility;

- to the specific destination or country of residence (under the Insurer's decision), if transportation is necessary according to medical evidence, subject to medical report availability;

The Insurer shall not indemnify the costs of further treatment and rehabilitation of the Insured person after departure from the country of event occurrence. If the doctor, authorized by the Insurer or the Assistance company, believes that transportation of the Insured person is possible, and the Insured (the Insured person) refuses from such transportation, the Insurer shall immediately terminate payments for treatment costs regarding such Insured person.

3.1.1.3. Health professional's travel expenses, who accompanies the Insured person (under the Insurer's decision regarding destination, route, type, class of transport) to the country of residence and back, on accommodation and stay in a hotel if the Insured person, due to physical condition, is unable to return to the country of residence, and this fact is confirmed by medical report;

3.1.1.4. Costs of Insured person's body repatriation to Ukraine or country of permanent (predominant) residence within the sum insured (under the Insurer's decision regarding the destination in Ukraine and the country, and repatriation option), or burial of the body (including cremation of the body) of the Insured person abroad (in the country of temporary stay) within 10% of the sum insured;

In this case the Insurer shall indemnify expenses for autopsy of the body, coffin required for international carriage and repatriation (transportation) of the remains to the airport being the closest one to the place of burial in Ukraine.

3.1.1.5. ACCIDENT INSURANCE OPTION

In case of accident related insured event occurrence during the period of the Contract, the Insurer shall pay the insurance indemnity:

Depending on the disability group established:

3rd group of disability - 50% of the respective sum insured;

2nd group of disability - 70% of the respective sum insured;

1st group of disability - 90% of the respective sum insured.

In case of death, insurance indemnity payment shall be 100% of the respective sum insured.

3.1.2. HEALTH CARE OPTION RECOMMENDED PACKAGE PROGRAM "A +" + ACCIDENT INSURANCE OPTION (AI)

3.1.2.1. Treatment costs shall mean the costs incurred when providing emergency medical care to the Insured person and shall include:

- providing emergency medical care (including on the site of emergency medical conditions occurrence);

- providing inpatient care in health care facilities (treatment with medication, diagnostic and therapeutic procedures, surgery, use of any medical equipment necessary for treatment, consultation services and reward for health professionals, costs of staying in wards, including intensive care; nutrition while staying in inpatient department according to the standards of the relevant health care facility).

Inpatient care shall mean health care provided under conditions of 24/7 (exceeding 24 hours) medical supervision and treatment (i.e. inpatient) in health care facilities.

- providing outpatient care in health care facility or by certified doctor (consultations, health care services, diagnostic tests, medication, dressing materials, required fixing means);

- providing emergency dental care within EUR 100, namely: dental examination, X-ray; removal or dental temporary fillings due to acute inflammation of soft tissues of the tooth and/or surrounding tissues; or jaw injury as a result of accident, and not more than once during the period of the Contract.

3.1.2.2. Transportation costs of the Insured person:

- to the nearest health care facility or doctor, or in both directions (under the Insurer's decision);

- to specialized health care facility;

- to the specific destination or country of residence (under the Insurer's decision), if transportation is necessary according to medical evidence, subject to medical report availability;

The Insurer shall not indemnify the costs of further treatment and rehabilitation of the Insured person after departure from the country of event occurrence. If the doctor, authorized by the Insurer or the Assistance company, believes that transportation of the Insured person is possible, and the Insured (the Insured person) refuses from such transportation, the Insurer shall immediately terminate payments for treatment costs regarding such Insured person.

3.1.2.3. Health professional's travel expenses, who accompanies the Insured person (under the Insurer's decision regarding destination, route, type, class of transport) to the country of residence and back, on accommodation and stay in a hotel if the Insured person, due to physical condition, is unable to return to the country of residence, and this fact is confirmed by medical report;

3.1.2.4. Costs of Insured person's body repatriation to Ukraine or country of permanent (predominant) residence within the sum insured (under the Insurer's decision regarding the destination in Ukraine and the country, and repatriation option), or burial of the body (including cremation of the body) of the Insured person abroad (in the country of temporary stay) within 10% of the sum insured;

In this case the Insurer shall indemnify expenses for autopsy of the body, coffin required for international carriage and repatriation (transportation) of the remains to the airport being the closest one to the place of burial in Ukraine.

3.1.2.5. Costs of compensation for communication services in case of an insurance case

In case of insured event occurrence, the Insurer shall indemnify expenses under «Program A» and shall additionally indemnify the costs of communication with the Insurer or the Assistance in case of sudden illness or accident involving the Insured person within the amount of EUR 30.

3.1.2.6. ACCIDENT INSURANCE OPTION

In case of accident related insured event occurrence during the period of the Contract, the Insurer shall pay the insurance indemnity:

Depending on the disability group established:

3rd group of disability - 50% of the respective sum insured;

2nd group of disability - 70% of the respective sum insured;

1st group of disability - 90% of the respective sum insured.

In case of death, insurance indemnity payment shall be 100% of the respective sum insured.

3.1.3. HEALTH CARE OPTION ADMINISTRATIVE ASSISTANCE AND BAGGAGE INSURANCE OPTION – PREMIUM PACKAGE PROGRAM «A+» + «B»

3.1.3.1. Treatment costs shall mean the costs incurred when providing emergency medical care to the Insured person and shall include:

- providing emergency medical care (including on the site of emergency medical conditions occurrence);
- providing inpatient care in health care facilities (treatment with medication, diagnostic and therapeutic procedures, surgery, use of any medical equipment necessary for treatment, consultation services and reward for health professionals, costs of staying in wards, including intensive care; nutrition while staying in inpatient department according to the standards of the relevant health care facility).

Inpatient care shall mean health care provided under conditions of 24/7 (exceeding 24 hours) medical supervision and treatment (i.e. inpatient) in health care facilities.

- providing outpatient care in health care facility or by certified doctor (consultations, health care services, diagnostic tests, medication, dressing materials, required fixing means);
- providing emergency dental care within EUR 100, namely: dental examination, X-ray; removal or dental temporary fillings due to acute inflammation of soft tissues of the tooth and/or surrounding tissues; or jaw injury as a result of accident, and not more than once during the period of the Contract.

3.1.3.2. Transportation costs of the Insured person:

- to the nearest health care facility or doctor, or in both directions (under the Insurer's decision);
- to specialized health care facility;
- to the specific destination or country of residence (under the Insurer's decision), if transportation is necessary according to medical evidence, subject to medical report availability;

The Insurer shall not indemnify the costs of further treatment and rehabilitation of the Insured person after departure from the country of event occurrence. If the doctor, authorized by the Insurer or the Assistance company, believes that transportation of the Insured person is possible, and the Insured (the Insured person) refuses from such transportation, the Insurer shall immediately terminate payments for treatment costs regarding such Insured person.

3.1.3.3. Health professional's travel expenses, who accompanies the Insured person (under the Insurer's decision regarding destination, route, type, class of transport) to the country of residence and back, on accommodation and stay in a hotel if the Insured person, due to physical condition, is unable to return to the country of residence, and this fact is confirmed by medical report;

3.1.3.4. Costs of Insured person's body repatriation to Ukraine or country of permanent (predominant) residence within the sum insured (under the Insurer's decision regarding the destination in Ukraine and the country, and repatriation option), or burial of the body (including cremation of the body) of the Insured person abroad (in the country of temporary stay) within 10% of the sum insured;

In this case the Insurer shall indemnify expenses for autopsy of the body, coffin required for international carriage and repatriation (transportation) of the remains to the airport being the closest one to the place of burial in Ukraine.

3.1.3.5. Costs of compensation for communication services in case of an insurance case

In case of insured event occurrence, the Insurer shall indemnify expenses under «Program A» and shall additionally indemnify the costs of communication with the Insurer or the Assistance in case of sudden illness or accident involving the Insured person within the amount of EUR 30.

3.1.3.6. Costs of travel documents, which include expenses on travel documents for early trip of children of the Insured person under 16 years old, inclusive, to specific destination in the country of residence (under the Insurer's decision regarding the destination point, route, type, class of transport) if the Insured person can not be transported due to physical condition and shall be treated in hospital for more than 14 days, or in case of death of the Insured person, but excluding the cases of accompanying the Insured person when travelling abroad by a close relative aged over 18 years. After performing its obligations under this paragraph, the Insurer shall have the right to use the children's return tickets;

3.1.3.7. Costs for purchasing essential items in case of baggage delay for more than 8 hours or documented loss of baggage - within EUR 100, excluding the deductible amount

The costs include expenses on purchase of personal care items, food, sports clothing, equipment, and other necessary items, except for alcoholic beverages.

3.1.3.8. Costs of assistance for replacement of documents in case of loss or theft within EUR 150.

The Insurer shall indemnify only expenses related to issuance of temporary registration certificate for the Insured person, as well as cancellation of the lost return tickets and issuance of new ones.

3.1.3.9. Costs associated with destruction or loss of all or part of the insured baggage (including due to theft) during flight, as a result of the following insurance risks:

3.1.3.9.1. fire, explosion, natural disasters while the baggage is on the plane (which carries the baggage) and/or in the airport building, within EUR 500;

3.1.3.9.2. aviation accident during transportation, including crash of the aircraft and failed landing, within EUR 500;

3.1.3.9.3. loss or theft of baggage by the carrier or airport workers, within EUR 400.

3.1.3.10. Costs associated with inconveniences of use of air transport - in case of flight delay for 24 hours or more, or if the flight was cancelled and the Insured person was not offered with an alternative mean of transportation during the above period - payment for the Insured person's stay in a hotel - within EUR 80, excluding the deductible amount.

9. TERMS OF PAYMENT OF INSURANCE / INSURANCE AND TERMS OF ADOPTION OF THE DECISION FOR IMPLEMENTATION OR WITHDRAWAL OF INSURANCE PAYMENT / INSURANCE REMEDY

9.33. The organization of the necessary medical care is carried out in accordance with the International Protocols, the Medical Care Protocols operating in the host country and taking into account the specifics of medical care in the host country.

9.34. The ambulance call is conducted according to the circumstances of the reason for the call and, according to international standards, is mainly for the immediate transportation of the victim to the hospital to provide him with qualified emergency medical care.

9.35. In the case of sudden illness requiring outpatient care, it is preferable to organize a hospital-based doctor's consultation with a medical assistant. In case of refusal of the Insured (Insured person) from the consultation in the hospital, the Insurer shall reimburse the costs for a doctor's examination at home or with a franchise of 50% (if such a calculation with a doctor is possible) or with the Insurer's (Insured Person) payment of such service independently, with subsequent reimbursement of expenses upon returning to Ukraine 50% of the cost of the consultation.

10. REASONS FOR REFUSAL TO PAY INSURANCE INDEMNITY AND LIMITATIONS OF INSURANCE

10.1. Reasons for the Insurer's refusal to pay insurance indemnity shall be the following:

10.1.1. intentional actions of the Insured (the Insured person) aimed at insured event occurrence. This provision shall not apply to actions related to civil or official duties, necessary defence (not exceeding its limits) or defence of property, life, health, honour, dignity, and business reputation. Qualification of actions of the Insured or the person, for the benefit of which the Insurance Contract is concluded, shall be established in accordance with the current laws of Ukraine.

10.1.2. commitment by the Insured (the Insured person) of intentional crime, which led to insured event occurrence.

10.1.3. submission by the Insured (the Insured person) of deliberately false information on the subject matter of the Contract or the fact of insured event occurrence.

10.1.4. receipt by the Insured (the Insured person) of full indemnity for loss from responsible person.

10.1.5. untimely notification by the Insured to the Assistance (the Insurer) about insured event occurrence, without reasonable excuses, and/or preventing the Insurer in determining the circumstances, nature, and amount of losses; and in implementation of recourse right (subrogation) against the person responsible for insured event occurrence.

10.1.6. failure to notify or late notification by the Insured (the Insured person) to the Insurer about changes in degree of insurance risk.

10.1.7. failure by the Insured (the Insured person) to comply with obligations under the Insurance Contract (failure to submit and/or incomplete submission and/or late submission of documents required by the Insurer to make decision regarding insurance claim payment and verify the amount of loss; non-compliance with requirements regarding actions at insured event occurrence, including failure by the Insured (the Insured person) to follow medical prescriptions, recommendations, and instructions of the Assistance, leading to additional costs; the Insured person's refusal from medical examination, appointed at the request of the Insurer to confirm the fact of insured event occurrence, etc.).

10.1.8. receiving by the Insured person of services, type and/or scope of which are not provided by the Insurance Contract.

10.1.9. occurrence of events excluded from insured events or classified as insurance limitations under Section 10 of the Insurance Contract.

10.2. The Insurer shall have the right to reduce the insurance claim payment if the Insured (the Insured person) fails to take necessary and reasonable measures to prevent and reduce the costs arising from event, provided by the Insurance Contract as well as address the causes that contribute to occurrence of additional damage. In particular, the Insurer shall have the right to reduce the insurance claim payment in case of the Insured person's failure to follow doctor's instructions, leading to health deterioration and, consequently, to increased medical expenses.

10.3. In other cases stipulated by the laws.

10.4. In addition, in any case the following costs shall not be indemnified:

10.4.1. Costs of spa treatment.

10.4.2. Costs of transporting the Insured person (according to medical evidence) if the Insured person, or accompanied by another person, has no contraindications and health condition allows the Insured person to come back to the country of residence.

10.4.3. Costs of repeated consultations and costs of dressing manipulations more than three (3) times within outpatient care; treatment in an outpatient setting for a maximum of 14 days; stationary care no more than 21 days.

10.4.4. Costs and losses due to inability to work, participate in trips, sightseeing, spend holidays abroad, related to booking tickets and hotel accommodation, moral damage.

10.4.5. Costs related to pregnancy up to 28 weeks and consequences or complications, including those associated with childbirth, induced abortion, except for ectopic pregnancy, except when abortion is necessary due to accident or sudden illness according to medical evidence.

10.4.6. Costs for providing health care to the Insured person with a period of pregnancy over 28 weeks. The cost of postpartum care for child, except for cases when health care is necessary to save the life of the Insured person;

10.4.7. Costs related to sexually transmitted diseases, including nonspecific bacteriological, viral, and fungal diseases of genitals (vaginitis, vulvovaginitis, vaginosis, urethritis, urethrorprostatitis etc.), AIDS and all diseases caused by HIV.

10.4.8. Costs associated with sudden illness or accident that occurs due to intoxication with alcohol, drugs, toxic substances, or use of medication not prescribed by doctor, self-medication.

10.4.9. Costs related to exacerbation of congenital, chronic diseases, diabetes, tuberculosis, cancer, and its complications, and diseases that occurred during stay in the country of residence. Costs associated with accident that was the result of congenital, chronic diseases, cancer, diabetes and diseases that occurred during stay in the country of residence. Exclusions are the cases of liquidation of acute mortal danger to life of the Insured person or relief of acute pain for 5 days; thus, the prerequisite condition to receive indemnity of expenses from the Insurer – is availability of medical report (the Assistance's report) confirming the above serious condition of the Insured person.

10.4.10. Costs of medical, technical, administrative, legal services if the trip was carried out with the purpose to receive such services, including:

10.4.10.1. in case when the Insured person travels abroad, despite the medical contraindications and in case of agreement with the Insurer regarding options and limits of provision of necessary health care;

10.4.10.2. For any services, if the event having characteristics of insured event occurred under the influence of alcohol, drugs or toxic substances, including those associated with operation by the Insured person of any vehicle under the influence of alcohol, drugs or toxic substances. In this case, the state of intoxication shall be determined on the basis of standards of consumption of alcoholic beverages in force in the country of temporary stay.

10.4.10.3. For any services, if the event having characteristics of insured event occurred as a result of operation by the Insured person of any vehicle without proper authorization certificate, recognized in the country of temporary stay, or due to transfer of operation by the Insured person to the person without proper authorization certificate, and if the Insured person, knowing in advance, was a passenger of vehicle, which was operated by a person who has no proper authorization certificate or was under influence of alcohol, drugs or toxic substances.

10.4.11. Costs related to diseases, occurrence of which could be prevented by advance vaccination, if there are requirements of border services regarding vaccination when entering the country concerned.

10.4.12. Costs of dental care in excess of EUR 100.

10.4.13. Costs for plastic, cosmetic surgery, reconstructive surgery, metal osteosynthesis, any prosthesis including eye and dental, aortocoronary bypass surgery, transplantation of organs and tissues; purchase and repair of assistive devices, including glasses, contact lenses, hearing aids, stents, pacemakers, prostheses, orthoses, bandages, any fixators, metal needles, metal nails and screws for fixing bones, crutches, measuring devices, wheelchairs, walking sticks, thermometers and other medical devices.

10.4.14. Treatment costs when the trip abroad was made by the Insured person with intention to receive such treatment;

10.4.15. If the costs are associated with planned surgery and/or paralogous fractures due to congenital disability or chronic illness or occurred before the inception of the Insurance Contract; costs associated with treatment and diagnosis of congenital diseases or their consequences.

10.4.16. Costs associated with commission of intentional crime by the Insured person abroad, which is recognised as crime under the current laws in the country of destination or the current laws in the country of residence of the Insured person.

10.4.17. Costs associated with suicide attempt or expenses in case of death of the Insured person when the Insured person committed suicide (except when the Insured person was forced to commit suicide by illegal actions of third party) or, aiming to receive insurance indemnity, intentionally inflicted injuries to itself, or when the Insured person the asked another person to inflict injuries

10.4.18. Costs of psychotherapeutic and psychiatric treatment.

10.4.19. Costs associated with providing health care services that are not necessary from a medical point of view (as decided by the Insurer) or treatment and purchase of medication not prescribed by doctor or provided after elimination of threat to life and health of the Insured person.

10.4.20. Costs of providing services by a specialized person that does not have the appropriate license or right to conduct activity in question.

10.4.21. Costs of disinfection, preventive vaccinations, injections, immunizations, medical examinations, and laboratory tests not related to the insured event.

10.4.22. Costs associated with providing additional comfort, including: TV, telephone, air conditioning, wards of increased comfort, hairdresser, masseuse, beautician services and etc.

10.4.23. Costs and conditions that occurred before the commencement of the Insurance Contract or after expiry of the Insurance Contract.

10.4.24. Costs of hydrotherapy, heliotherapy and cosmetic treatment, unless it is a stage of emergency medical aid in case of insured event resulting from trauma as a result of accident during the period of the Contract.

10.4.25. Costs of treatment using treatment methods which are not officially recognized by science and medicine, for treatment with non-traditional methods, including examination and treatment with methods of manual therapy, reflex therapy (acupuncture), chiropractic, massage, homeopathy, phyto- and naturotherapy, rehabilitation, physiotherapy, etc., or which are considered experimental or of research nature

10.4.26. For any service or treatment of the Insured person which is not emergency (immediate, urgent) and not prescribed as a result of sudden illness or accident.

10.4.27. Costs associated with artificial insemination, infertility treatment, and costs to prevent pregnancy.

10.4.28. On any health care (assistance), including surgical, which is planned; on surgery and/or therapeutic treatment that is not emergency and according to medical report may be postponed till return of the Insured person to Ukraine.

10.4.29. To purchase multivitamins, immunomodulators, medication for continuous use, hygiene products, baby food, metered-dose inhalers to relieve bronchospasm, spacers, nebulizers.

10.4.30. To transport the Insured person to health care facility or doctor when there is no clinical need and medical indications for such transportation by ambulance or other vehicle.

10.4.31. For transportation, including from one health care facility to another, medical evacuation or repatriation, not organized by the Assistance and/or without prior approval by the Assistance (the Insurer).

10.4.32. To transport the Insured person through the territory of Ukraine (country of the Insured person's residence or the country of the Insured person's citizenship).

10.4.33. Costs for paid treatment in health care facility and costs of technical, administrative, legal assistance if the Insured person is entitled to receive such services for free.

10.4.34. Costs for accommodation of accompanying persons or close relatives of the Insured person, who stay with the Insured person abroad during hospitalization of the Insured person. Exclusion shall be the case when the accompanying person or close relative act as the person who accompanies the Insured person during transportation to the country of residence, if the Insured person, due to physical condition, is unable to independently return to the country of residence, and this fact is confirmed by medical report (under p. 2.2.2. and 2.2.3. of the Rules); or when accompanying person is one of the parents of a child under 6 years old and stay of which with the child is necessary according to the medical report (under agreement with the Insurer).

10.4.35. Costs associated with exposure to ionizing radiation or radioactive contamination.

10.4.36. Costs associated with sudden illness, accident, or other unforeseen event that was the result of physical labour of employed Insured person, as a result of amateur or professional sports, safari, rock climbing, hiking, mountaineering, speleology, speleology, canyoning, automobile tourism (including quads, all-terrain vehicles etc.), abseiling, surfing, wakeboarding, kayaking, rafting, mountain biking, jailoo tourism, kitesurfing, sledding, skating, riding water entertainment means, etc., unless specific risk group is specified in the Insurance Contract and corresponding insurance premium is paid and insurance under option «SPORT LIFE - «C».

10.4.37. Costs for technical, administrative, legal assistance which is not necessary from technical or legal point of view according to the Insurer's or the Assistance's opinion.

10.4.38. For treatment, which, under medical indicators, can be postponed till return of the Insured person to the country of residence, including the costs of surgery, which at this stage can be replaced by a course of conservative treatment.

10.4.39. Costs of treating hearing disorders (sulphur plugs, complications due to hypothermia or water ingress) and eyes, except of acute pain, subject to established medical diagnosis and prescribed treatment.

10.4.40. Costs associated with obtaining (preparation) the required documents, information, and evidence.

10.4.41. Treatment of diseases of skin and subcutaneous tissue, related to impact of solar radiation (sunburn) and dermatitis (contact, allergic and other), urticaria, erytem and costs related to viral infections, characterized by skin and mucous membranes damage (chicken pox, measles, rubella, herpes infection) after diagnosis, except for cases requiring immediate health care to save the life of the Insured person (severe disease).

10.4.42. Treatment of disease or injury resulting from gross violation of generally accepted rules of personal hygiene, personal safety and the rules of conduct in resort areas, recommended by the Insurer's representatives, tour operator and instructions of accommodation bases workers (hotels, beaches, etc.).

10.4.43. Treatment in the country (place) of temporary stay after the date on which, according to the opinion of the doctor, appointed by the Assistance, medical repatriation is possible according to medical evidence, except for costs that were incurred for medical repatriation of the Insured person;

10.5. The Insurer shall be released from obligation to pay insurance indemnity if the Insured (the Insured person) refuses from transfer to health care facility in the country of residence after the moment when doctor determines that health condition of the Insured person, according to medical evidence, allows the Insured person to return to the country of residence on its own or accompanied by another person.

10.6. The Insurer shall be released from the obligation to pay insurance indemnity exceeding EUR 100 (p. 9.5) in absence of approval by the Insurer (the Assistance) of the fact of the Insured's (the Insured person's) application to health care facility (specialized person).

10.7. Insured events, specified in p. 2.2.2, 2.2.3, shall not include events that occurred as a result of: suicide or attempted suicide by the Insured person, except when the Insured person was brought to suicide (attempted suicide) by illegal actions of third party; the Insured person's intoxication with alcohol, subject to clinical picture when alcohol level in the blood of the Insured person exceeds 0.5 ppm (if the risk R+ «active recreation +» is not selected under the Contract), narcotic or toxic intoxication; operation by the Insured person of any vehicle under alcohol, drug or toxic intoxication or transfer of operation by the Insured person to any other person under such intoxication; operation by the Insured person of any vehicle when the Insured person has no right to operate such vehicle, or has no corresponding driver's category, or transfer of operation to

another person who does not have the above rights; commission of deliberate crime by the Insured person's heir, which led to insured event occurrence; exposure to radioactive radiation.

10.8. Insured events, specified in p. 2.2.2, 2.2.3, shall not include injury of the Insured person as a result of participation in sporting activities, extreme kinds of entertainment and sports, flight of the Insured person on aircraft as pilot. Exclusion shall be made when specific risk group is specified in the Insurance Contract and corresponding insurance premium is paid.

10.9. The Insurer shall be released from payment of insurance indemnities in other cases stipulated by the current laws of Ukraine.

10.10. To pay for services related to inconveniences when using air transport, in case of the Insured person's flight delay or cancellation, if:

10.11. The Insured person did not pass the flight registration, except when it was impossible to pass the flight registration due to strike or technical reasons, of which the Insured person was not notified prior to registration.

10.12. Flight delay resulting from strike or occurring for technical reasons, of which the Insured person was not aware prior to the registration.

10.13. The Insured person refused from flight before the corresponding departure.

10.14. To pay for services related to inconvenience of using air transport in case of delayed delivery of baggage or baggage loss or destruction of the Insured person's baggage, if:

10.14.1. Baggage was carried on a flight with final destination in Ukraine and/or country of the Insured person's permanent residence.

10.14.2. Delayed baggage of the Insured person due to customs control and/or violation of customs control rules.

10.14.3. The Insured person did not inform the authorized airline representative about baggage delivery delay or loss.

10.14.4. Acquisition costs of basic necessities and clothes were made by the Insured person after delivery of baggage by the carrier.

10.14.5. Costs were incurred by the Insured person after 3 (three) days from the moment of arrival to the airport of the country of temporary stay.

10.14.6. Damage or destruction of baggage due to confiscation and (or) destruction of baggage by customs authorities or other government officials of the country of temporary stay.

10.14.7. Damage (deterioration) of cargo due to normal wear, latent defects, impact of insects, chemicals, due to damage to baggage by fungus (mold), worms, rodents or due to other adverse conditions.

10.14.8. Damage (deterioration) of cargo or loss due to improper, untimely, or incomplete issuance of transportation documents, as a result of baggage damage at integrity of outer packaging or due to inconsistency of packaging, or baggage dispatch in damaged condition.

10.14.9. Losses (damage, destruction) of the following items along with the baggage: cash, personal, administrative and business records (including commercial or research papers), identification documents, certificate of vehicle registration, driver's license, travel checks, securities, cash, coupons for payment for fuel, especially valuable items and objects (jewellery, collections, items and objects that have artistic or historical value, etc.), dentures and contact lenses and etc.

10.15. For payment of services associated with replacement (recovery) of documents abroad, if:

10.15.1. Such documents were confiscated by the customs authorities or other official governmental representatives in the country of temporary stay.

10.15.2. Failure of the Insured person to notify the appropriate authorities about lost (missing, stolen) documents.

10.15.3. Replacement of documents if such replacement is caused by damage or loss of their form suitable for use, and etc.

10.16. Participation in sport competitions, tests of operational and/or technical specifications (including «test drive»), autoshow, use for driving lessons.

10.17. The Insurer shall not bear liability and shall not indemnify costs for any services:

10.17.1. Related to losses (damage, destruction) of the following items along with the baggage: cash, personal, administrative and business records (including commercial or research papers), identification documents, certificate of vehicle registration, driver's license, travel checks, securities, cash, coupons for payment for fuel, especially valuable items and objects (jewellery, collections, items and objects that have artistic or historical value, etc.), dentures and contact lenses and etc., except as provided in p. 9.1.10 of the Rules.

10.17.2. If the event occurs outside the territory of the Insurance Contract.

10.17.3. Expenses for the repatriation of the body of the Insured, which were not agreed upon by the Insured or persons who were engaged in the organization of repatriation in accordance with paragraph 8.10.