

Оферта (пропозиція)
укласти договір добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами
№24-2021 від 07.09.2021 року

1. Дана пропозиція 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, укласти із Страховиком договір добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами, серія Договору 21/01-10Е та 21/01-10С (надалі – Договір) у відповідності до Умов страхування комплексного договору добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами, які є невід’ємною частиною цієї Оферти (Додаток № 1).

2. Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП» в особі Голови Правління Грицуги Дмитра Олексійовича та Заступника Голови Правління Калити Вячеслава Івановича, які діють на підставі Статуту.

3. Від імені Страховика може діяти Повірений, який діє на підставі та на умовах визначених в договорі Доручення укладеного зі страховиком. Повірений виконує частину страхової діяльності Страховика та може укладати договори страхування, одержувати страхові платежі, виконувати роботи, пов’язані із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань.

4. Адреса місцезнаходження Страховика: 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 44. Адреса електронної пошти reception@kniazha.ua <https://kniazha.ua>

5. Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування в електронній формі у відповідності до статей 207,638, 642 Цивільного кодексу України та статей 11,12,13 Закону України «Про електронну комерцію».

6. Страхування здійснюється на умовах визначених цією Офертою, на підставі Ліцензії АВ №483137 та АВ №483124, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, та ліцензії АД № 039977, виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 08 листопада 2012 року, Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 18.10.2012 р. за №0312036, Правил добровільного страхування медичних витрат, зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг від 30.06.2016 р. за №1216151 та Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена пунктами 12-14 статті 6 Закону України «Про страхування») зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 26.04.2016 р. за №1516103 та які розміщені на офіційному сайті Страховика <https://kniazha.ua>, а також у відповідності до чинного законодавства України.

7. Для укладання Договору Страхувальник повинен зайти на WEB сторінку Страховика в мережі “Internet” за адресою: <https://kniazha.ua> або звернутись в офіс Страховика/Повіреного, обрати бажані умови страхування, зазначити інформацію про себе та Застрахованих осіб, необхідну для укладання договору, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також обов’язково ознайомитись з умовами цієї Оферти.

8. Відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних формується індивідуальна пропозиція та надсилається на електронну пошту Страхувальника. При цьому індивідуальна пропозиція містить посилання на Оферту з Умовами Комплексного договору добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами, які є невід’ємною її частиною та які разом містять істотні умови договору передбачені законодавством.

9. Умови Оферти є загальнодоступними на вебсайті <https://kniazha.ua>. Здійсненням акцепту індивідуальної пропозиції Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду зі всіма умовами індивідуальної пропозиції, а також своє волевиявлення стосовно її прийняття.

10. Перед прийняттям (акцептуванням) індивідуальної пропозиції Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність.

11. Безумовним прийняттям (акцептом) умов індивідуальної пропозиції Страхувальником вважається надсилання електронного повідомлення через ІТС, підписаного шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором - OTP паролю (який направляється на номер мобільного телефону наданого страхувальником), що складається з чотирьох символів, шляхом введення у спеціально передбачену графу та використовується для акцептування.

12. Після здійснення акцепту індивідуальної пропозиції на вказану Страхувальником адресу електронної пошти надсилається комплексний договір добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами.

13. Сторони мають право за будь-якої 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.

14. Дата, час, здійснення акцепту, надсилання пропозиції та Договору страхування обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігаються в електронній базі Страховика.

15. Шляхом акцептування індивідуальної пропозиції Страхувальник підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення Страховика із запитом до закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів та інших компетентних установ, що можуть роз'яснити з приводу обставин настання Страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи та отриману медичну допомогу, а також згоду на отримання Страховиком діагнозів, історій хвороби, Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю та використання отриманої інформації згідно з умовами цього Договору.

16. Страхувальник, акцептуючи індивідуальну пропозицію, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних та персональних даних Застрахованих осіб, 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 Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS та Viber - 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. Страхувальник 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.

17. Шляхом акцептування індивідуальної пропозиції, 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.

18. Незважаючи на будь-які інші умови цього Договору, Страховик не надає страхове покриття і не здійснює платежі будь-якого характеру та не надає послуги або виплати будь-якого характеру будь-якому Страхувальнику/Вигодонабувачу/третьій особі за цим Договором в тій мірі, в якій надання такого покриття, проведення страхової виплати або здійснення

страхового відшкодування піддаватиме Страховика будь-яким санкціям, заборонам або обмеженням згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічними санкціями, законами чи правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушуватиме будь-які норми чи конкретні закони України, що застосовуються до Страховика).

19. У всьому іншому, що не викладено і не врегульоване умовами даної Оферти, Сторони керуються умовами Правил: «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), Правил добровільного страхування медичних витрат, та Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена пунктами 12-14 статті 6 Закону України «Про страхування»), які розміщені на сайті <https://kniazha.ua>.

20. Всі зміни до даної Оферти здійснюються шляхом публікації нової редакції Оферти на Сайті <https://kniazha.ua>.

21. Договори страхування, які були укладені на підставі Оферти до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договору страхування.

22. У випадку припинення дії цієї Оферти, Страховик не звільняється від обов'язків за Договорами страхування, які були укладені на підставі даної Оферти.

23. Верифікація, ідентифікація та вивчення клієнта проведено в електронній системі Страховика на підставі поданих Страхувальником (представником страхувальника) офіційних даних.

Страховик

Голова Правління

Заступник Голови Правління



Д.О. Грицута

В.І. Калита

**Додаток 1 до Оферти (пропозиції) укласти договір добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами
№24-2021 від 07.09.2021 року**

**УМОВИ СТРАХУВАННЯ ДО КОМПЛЕКСНОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА
ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ/
TERMS OF INSURANCE TO COMPREHENSIVE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE CONTRACT AND FOREIGNERS THIRD PARTY
LIABILITY**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Страховик – ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП», юридична адреса: вул. Глибочицька 44, м. Київ, Україна, 04050.

1.2. Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страховик та Страхувальник разом надалі іменуються як Сторони, а кожна окремо як Сторона.

1.4. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої укладений Договір страхування та яка вказана в Комплексному договорі добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами. Договір може бути укладено Страхувальником (фізичною особою) – на свою користь, і тоді він одночасно є Застрахованою особою. Договір може бути укладений Страхувальником (юридичною особою або дієздатною фізичною особою) на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою (за згодою законного представника, якщо Застрахована особа є неповнолітньою). Дієздатна Застрахована особа може набути прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.5. Опція страхування - це погоджений між Сторонами перелік медичних послуг та ризиків страхування, що можуть бути включені додатково в Програму страхування.

1.6. Програма страхування – це погоджений між Сторонами перелік медичних та додаткових послуг певного обсягу, що будуть організовані та/або оплачені Застрахованій особі (її законним представником, якщо Застрахована особа є неповнолітньою), або Вигодонабувачу, при настанні страхового випадку. Конкретний перелік медичних та додаткових послуг у складі Програм страхування, визначений у п.11.

1.7. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування зобов'язаний провести Страхову виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума зазначена в «Комплексному договорі добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами».

1.8. Субліміт страхової суми (ліміт) – встановлений у межах страхової суми ліміт, яким обмежена сума страхового відшкодування. Ліміт зазначається в п. 11. (в Програмі страхування та Опції страхування).

1.9. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) та страховий тариф – зазначаються в «Комплексному договорі добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами».

1.10. Договір добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами (надалі Договір або Договір страхування) – це угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою, Страховик бере на себе зобов'язання, у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі, або іншій особі, визначеній в Договорі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі, у визначені строки та виконувати інші умови Договору. Договір складається з невід'ємних частин – «Комплексного договору добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами» (надалі Комплексний договір) та «Умов страхування», Пропозиції (оферти) укласти договір добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами №24-2021 від 07.09.2021 року, яка розміщена на сайті за адресою: <https://kniazha.ua/about/publichnaya-oferta> (надалі - Договір-оферта) та Договору про підписання правочинів № 51-2021 від 07.09.2021 р., який розміщений на сайті за адресою: <https://kniazha.ua/about/publichnaya-oferta> (надалі - Договір про підписання правочинів). Цей Договір укладається в електронній формі у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», яка прирівнюється до письмової форми. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої виниклої необхідності відтворити Договір на паперовий носій. При укладанні Договору Страховиком та Страхувальником, 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.

1.11. Договір є комплексним – укладається на підставі ліцензії АВ №483137 та АВ №483124, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 01 жовтня 2009 року, та ліцензії АД № 039977, виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 08 листопада 2012 року, Правил добровільного медичного страхування (безперервного

1. GENERAL TERMS AND CONDITIONS

1.1. Insurer: PJSC «UIC «KNIAZHA VIENNA INSURANCE GROUP»; Legal address: 44 Hlybochyt'ska Str., Kyiv, Ukraine, 04050.

1.2. Policyholder means a legal entity or a legally capable individual who has entered into the Insurance Contract with the Insurer.

1.3. The Insurer and the Policyholder are hereinafter referred to as the Parties, and each separately as the Party.

1.4. Insured Person - a natural person, in whose favour the Comprehensive voluntary health insurance contract and foreigners third party liability is executed and who is specified in the Insurance Contract. This Contract may be executed by the Policyholder individual to their own benefit, and in this case, the Policyholder shall simultaneously be deemed an Insured Person. This Contract may be executed by the Policyholder (legal entity or a legally capable individual) and in favor of the third parties (Insured Persons) with their consent (with the consent of the legal representative, if the Insured is a minor). The capable individual Insured Person may acquire the rights and obligations of the Policyholder according to the Insurance Contract.

1.5. The insurance option is a list of medical services and insurance risks agreed between the Parties, which may be additionally included in the Insurance Program.

1.6. The insurance program is an agreed between the Parties list of medical and additional services of a certain amount, which will be organized and / or paid to the Insured (its legal representatives, if the Insured is a minor), or the Beneficiary, in the event of an insured event. A specific list of medical (and additional) services in the Insurance Programs, defined in clause 11.

1.7. Sum insured - the amount of money within which the Insurer, in accordance with the terms of insurance, is obliged to make an insurance payment in the event of an insured event. The sum insured is specified in the "Comprehensive voluntary health insurance contract and foreigners third party liability".

1.8. Sublimit of the sum insured (limit) - a limit set within the sum insured, which limits the amount of insurance indemnity. The limit is specified in clause 11 (in the Insurance Program and Insurance Options).

1.9. Insurance payment (insurance premium, insurance premium) and insurance rate - specified in the "Comprehensive voluntary health insurance contract and foreigners third party liability."

1.10. The Contract of voluntary health insurance and foreigners third party liability (hereinafter the Contract or Insurance Contract) is an agreement between the Insurer and the Insured, according to which the Insurer undertakes, in the event of an insured event, to make an insurance payment to the Insured / Insured person or another person specified in the Contract, and the Policyholder undertakes to pay insurance payments in due time and fulfill other conditions of the Agreement. The contract consists of integral parts - "Comprehensive voluntary health insurance contract and foreigners third party liability" (hereinafter the Comprehensive contract) and "Terms of insurance", Proposals (offers) to enter into a contract of voluntary health insurance and liability of foreign nationals to third parties № 24-2021 from September, 07, 2021, which is posted on the website at: <https://kniazha.ua/about/publichnaya-oferta> (hereinafter - the Agreement-offer) and the Agreement on signing transactions № 51-2021 from September, 07, 2021, which is posted on the website at: <https://kniazha.ua/about/publichnaya-oferta> Agreement on signing transactions). This Agreement is concluded in electronic form in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", which is equivalent to a written form. The Parties undertake to reproduce the Agreement on paper whenever necessary. When concluding an insurance contract by the Insurer and the Policyholder, a facsimile reproduction of the signature of the person authorized to sign such contracts may be used, as well as reproduction of the seal by technical printing devices in accordance with the terms of the Contract on signing transactions.

1.11. This Contract is comprehensive - concluded on the basis of the licenses AB No483137 and AB No483124 issued by the State Committee for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine on October 01, 2009, and license AD № 039977, issued by the National Commission for State Regulation of Financial Services Markets on November 8, 2012, Rules of voluntary health insurance (continuous health insurance),

<p>страхування здоров'я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 18.10.2012 р. за №0312036, Правил добровільного страхування медичних витрат, зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 30.06.2016 р. за №2116151 та Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 26.04.2016 р. за №1516103 (далі – Правила).</p> <p>1.12. Вигодонабувачем за даним Договором є:</p> <p>1.12.1. в частині Медичних Витрат – медичний заклад, який надав Страхувальнику/Застрахованій особі медичну допомогу, в т.ч. екстрену або Застрахована особа (Страхувальник, Спадкоємець Застрахованої особи або законний представник Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою), за самостійно оплачену вартість наданої їй медичної допомоги медичним закладом. У випадку смерті Застрахованої особи Вигодонабувачем є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - спадкоємці Застрахованої особи (або законні представники Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою), які самостійно оплатили витрати, пов'язані з похованням або репатріацією тіла Застрахованої особи - треті особи, які здійснили та оплатили комплекс заходів пов'язаних з похованням тіла Застрахованої особи в Україні або репатріацією тіла Застрахованої особи в країну громадянської належності; <p>1.12.2. за добровільним страхуванням Відповідальності:</p> <p>1.12.2.1. при примусовому поверненні – приймаюча сторона;</p> <p>1.12.2.2. при примусовому видворенні – територіальний орган центрального органу виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері міграції та здійснює видворення Застрахованої особи з території України (далі – міграційна служба) або приймаюча сторона, якщо вона оплатила міграційній службі витрати, передбачені цим Договором.</p> <p>1.13. Строк та період дії Договору зазначені в «Комплексному договорі добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами»;</p> <p>1.13.1. Договір починає свою дію з 00.00 годин за київським часом дати указаної в графі «Період дії Договору» в Комплексному Договорі, але не раніше дня наступного за днем надходження на поточний рахунок Страхувальника страхового платежу у повному розмірі та закінчує свою дію о 24.00 годині за київським часом дати, указаної в цьому Договорі як дата закінчення періоду дії Договору. Якщо строк сплати, визначений в графі «Сплатити до» в Комплексному договорі, настає пізніше ніж починається період дії Договору, то Договір вступає в дію з 00.00 годин за київським часом дати зазначеної в графі «Період дії» та є чинним при умові вчасної сплати страхового платежу;</p> <p>1.13.2. Відповідальність Страхувальника в частині програми страхування медичних витрат «Амбулаторно-поліклінічна допомога» та «Лікування в умовах стаціонару» починається через 7 (сім) календарних днів з моменту оплати страхового платежу у повному розмірі, за виключенням випадків, коли в графі «Сплатити до» в Комплексному договорі зазначена дата, яка пізніше початку дії Договору. В таких випадках датою від якої йде відлік 7 (сім) днів вважається дата початку дії Договору.</p> <p>1.14. Місцем дії Договору є територія України, крім тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей та тимчасово окупованих територій Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.</p>	<p>registered by the National Commission for State Regulation of Financial Services Markets on October 18, 2012 at №0312036, Rules for Voluntary Medical Expenses Insurances registered by National Commission for State Regulation of Financial Services Markets on June 30, 2016 at №2116151, and the Rules for Voluntary Third Party Liability Insurance (save for civil liability of owners of surface transport (including the carrier liability), liability of air transport owners (including the carrier liability) registered by the National Commission for State Regulation of Financial Services Markets on April 26, 2016 at №1516103 (hereinafter referred to as the Rules).</p> <p>1.12. The Beneficiaries shall hereunder be:</p> <p>1.12.1. as regard the Medical Expenses: the medical facility which provides the Policyholder /Insured Person with a medical aid, incl. urgent aid, or Insured Person (Policyholder, Heir Insured Person or legal representative of the Insured person, if he / she is a minor) if he/she has paid for the medical aid provided by him/herself. In case of the death of the Insured Person, the Beneficiary shall be the heirs of the Insured Person (or legal representatives of the Insured Person, if he is a minor), who self-paid cost of burial or repatriation of the body of the Insured Person or a third party who executed and paid for a set of measures associated with the burial of the body of the Insured Person in Ukraine or repatriation of the body of the Insured Person in the country of citizenship;</p> <p>1.12.2. on voluntary Liability insurance:</p> <p>1.12.2.1. if refolement takes place, the receiving party;</p> <p>1.12.2.2. if refolement takes place, the regional office of central executive authority, which ensures state migration policy to be realized and is responsible for Insured Person deportation from Ukraine (hereinafter referred to as the migration authority) or the receiving party if it has reimbursed the Migration Authority for the expenses stipulated Contract.</p> <p>1.13. The term and period of validity of the Contract are specified in the Comprehensive Voluntary health Insurance Contract and Foreigner's Third party Liability;</p> <p>1.13.1. The Contract shall come into effect at 00:00 Kyiv time in the column "Contract Period" in this Comprehensive Contract, but not earlier than the day next to the day of receipt of insurance premium in full at the Insurer's current account, and expire at 24:00 Kyiv time on the date specified herein as the expiry date of the Contract. If the payment term specified in the column "To be paid to" in the Comprehensive Agreement occurs later than the beginning of the Agreement, the Agreement shall enter into force at 00.00 Kyiv time on the date specified in the column "Period of validity" and is valid subject to timely payment of insurance payment.;</p> <p>1.13.2. The Insurer's liability as regard the medical expenses insurance programs "Outpatient and inpatient aid" and "Inpatient treatment" shall take effect in 7 (seven) calendar days upon the payment of the insurance premium the amount, except in cases when in the column "To be paid to " in the Comprehensive contract the date which is later than the beginning of action of the Contract.. In such cases, the date from which 7 (seven) days are counted is the date of entry into force of the Agreement.</p> <p>1.14. The territory of Contract shall be Ukraine, except for the territory / place of the agreement in the temporarily occupied territories of Donetsk and Luhansk regions and the Crimea and the city of Sevastopol.</p>
<p>2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ.</p> <p>2.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси Страхувальника/Застрахованої особи, що не суперечать закону, пов'язані:</p> <ul style="list-style-type: none"> – з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи (в частині страхування медичних витрат); – з відшкодуванням Застрахованою особою заподіяної нею шкоди третім особам, пов'язаної з примусовим поверненням Застрахованої особи в країну громадянської належності або примусовим видворенням Застрахованої особи з території України (в частині страхування відповідальності). 	<p>2. THE SUBJECT MATTER OF THE CONTRACT</p> <p>2.1. The subject matter of the Contract shall be the Policyholder's/ Insured Person property interests, which do not contradict the laws and are related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> – life, health and working ability of the Inured (as regard the medical expenses insurance). Hereunder.; – the reimbursement of the damage caused by the Insured Person to the third parties, which is related to the Insured Person's refolement to the county of his/her citizenship or compulsory deportation from Ukraine (as regard the liability).
<p>3. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.</p> <p>3.1. Страховим випадком в частині страхування медичних витрат (далі – МВ) є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до медичного закладу у зв'язку:</p> <p>3.1.1. з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програми страхування медичних витрат, передбаченої п. 11;</p> <p>3.1.2. з інфекційним захворюванням – Коронавірусна хвороба (COVID-19), що викликана SARS-CoV-2 (підтверженої результатами лабораторної діагностики методом ПЛР (полімеразно-ланцюгової реакції) на Covid-19 - закладами охорони здоров'я), з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та на умовах Опції «С», передбаченої п. 11 та зазначеною в Комплексному договорі.</p> <p>3.2. Страховим випадком в частині страхування відповідальності (далі –ВВ) є пред'явлення Страхувальнику/Застрахованій особі претензії щодо відшкодування</p>	<p>3. INSURANCE RISKS</p> <p>3.1. The insured event as regard the medical expenses insurance (hereinafter referred to as the ME) shall be the Insured Person's address to the medical facility within the Contract Period and as regard</p> <p>3.1.1. the acute disease, acute chronic disease or trauma, poisoning, consequences of accident, in order to receive the medical aid and medical services as stipulated by the medical expenses insurance program, clause 11;</p> <p>3.1.2. with infectious disease - Coronavirus disease (COVID-19) caused by SARS-CoV-2 (confirmed by laboratory diagnostics by PCR (polymerase chain reaction) on Covid-19 - health care facilities), in order to receive medical care and medical services within and under the terms of Option "C" provided for in clause 11 and specified in the Comprehensive contract.</p> <p>3.2. The insured event as regard the liability insurance (hereinafter referred to as L) shall be the claim to the Policyholder/Insured Person to reimburse for the expenses for the satisfaction of the court decision on</p>

<p>витрат, пов'язаних з виконанням рішення суду про примусове видворення Застрахованої особи з території України або рішення територіального органу центрального органу виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері міграції чи органу Служби безпеки України про примусове повернення Страхувальника/Застрахованої особи в країну громадянської належності. Страховик несе відповідальність за претензіями третіх осіб, що заявлені Страхувальнику/Застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку протягом строку дії Договору.</p> <p>3.3. Події, передбачені п.3.1–3.2, визнаються страховими випадками за умови, що вони сталися під час дії та у місці дії Договору, підтверджені документами, виданими компетентними органами. До моменту прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати та оформлення страхового акту події, передбачені п.3.1– 3.2 , у рамках Договору, називається «подія, що має ознаки страхового випадку» (далі – Подія).</p>	<p>Insured Person's compulsory deportation from Ukraine or decision of the regional office of central executive authority, which ensures state migration policy to be realized, or decision of the Security Service of Ukraine on the Policyholder's/ Insured Person compulsory deportation into his/her country of citizenship. The Insurer shall be liable for the third party claims against the Policyholder/ Insured Person as regard the insured event occurred within the Contract Period.</p> <p>3.3. The events, which are specified in clause 3.1 and 3.2 shall be recognized as the insured ones provided that they take place within the Contract Period and on the Territory of the Contract, are proved with documents of the competitive authorities. Before the Insurer pays the insurance indemnity and makes the claim report of the event, the events, which are specified in clause 3.1 and 3.2 , shall be considered as the events which have attributes of the insured one.</p>
<p>4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.</p> <p>4.1. Страховик не сплачує за медичну допомогу та/або лікування:</p> <p>4.1.1. всіма видами нетрадиційних методів лікування;</p> <p>4.1.2. захворювань та нещасних випадків, які виникли в результаті воєнних дій, активної участі в заворушеннях, страйках, мітингах тощо, якщо це не пов'язано з виконанням службових обов'язків;</p> <p>4.1.3. захворювань та нещасних випадків, котрі виникли внаслідок активної участі в спортивних чи інших змаганнях або підготовки до них, а також при заняттях альпінізмом, спелеологією, підводним плаванням, повітроплаванням, гірськими лижами, тощо та іншими видами занять, що пов'язані з підвищеним ризиком для здоров'я та життя, якщо інше не зазначено в Комплексному договорі або за це не сплачено додатковий платіж;</p> <p>4.1.4. захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;</p> <p>4.1.5. ендогенних психічних захворювань, алкоголізму і наркоманії, а також лікування захворювань, травм та отруєнь, що настали внаслідок вживання наркотиків, алкоголю та психотропних речовин;</p> <p>4.1.6. будь-якого захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованої особи до моменту укладення Договору, та які потребують постійного планового лікування;</p> <p>4.1.7. захворювань органів репродуктивної сфери (порушень менструального циклу, безпліддя, імпотенції, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, мастопатії, генікомастія, мастодинія, кісти та полікістозу яєчників, клімактеричного синдрому);</p> <p>4.1.8. захворювань, з моменту встановлення діагнозу окрім витрат на уточнюючу діагностику (для визначення стадії та методів лікування):</p> <p>4.1.8.1. хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);</p> <p>4.1.8.2. цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);</p> <p>4.1.8.3. новоутворень будь-якої локалізації, злоякісних та доброякісних;</p> <p>4.1.8.4. вроджених вад розвитку або спадкових захворювань;</p> <p>4.1.8.5. променевої хвороби;</p> <p>4.1.8.6. хронічних захворювань крові та органів кровотворення;</p> <p>4.1.8.7. саркоїдозу, муковісцидозу, туберкульозу;</p> <p>4.1.8.8. системних захворювань сполучної тканини;</p> <p>4.1.8.9. деструктивних та інших захворювань опорно-рухового апарату, що призводять до стійкого порушення функцій руху;</p> <p>4.1.8.10. набутого імунodefіциту та порушення імунітету;</p> <p>4.1.8.11. хронічної ниркової та печінкової недостатності;</p> <p>4.1.8.12. розсіяного склерозу;</p> <p>4.1.8.13. нервово-м'язових захворювань, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, крім випадків, коли мова йде про надання невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи;</p> <p>4.1.8.14. TORCH інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, інфекція вірусом краснухи, герпетична інфекція), інфекція Епштейн-Бар вірусом, h.pylori;</p> <p>4.1.9. Класичні венеричні захворювання, інфекції, які передаються переважно статевим шляхом: гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз; герпетичної інфекції;</p> <p>4.1.10. особливо небезпечних інфекцій відповідно до Наказу МОЗ України, окрім випадків оплати невідкладної медичної допомоги по захворюванню «Коронавірусна хвороба», якщо це передбачено Програмою страхування;</p> <p>4.1.11. хвороб, внаслідок яких оголошена епідемія, пандемія, окрім випадків оплати невідкладної медичної допомоги по захворюванню «Коронавірусна хвороба», якщо це передбачено Програмою страхування;</p> <p>4.1.12. стійких наслідків раніше перенесених травм і захворювань, стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи;</p> <p>4.1.13. трофічних порушень внаслідок варикозного розширення вен та тромбофлебітів;</p> <p>4.1.14. інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту укладення Договору;</p>	<p>4. EXCLUSIONS</p> <p>4.1. The Insurer shall not pay for medical aid and/or treatment:</p> <p>4.1.1. by all non-traditional means;</p> <p>4.1.2. of diseases and accidents, which result from military actions, active participation in riots, strikes, meetings and etc unless it is related with professional duties;</p> <p>4.1.3. of diseases and accidents, which result from active participation in sport or other competitions, or preparation thereto, or such sports as alpinism, speleology, diving, aeronautics, skiing and other sports of high risk for health and life, unless otherwise specified in the Comprehensive contract or no additional payment has been made;</p> <p>4.1.4. of diseases, which results from suddenly deteriorated ecology due to chemical and/or bacteriological pollution and/or radiation of the environment;</p> <p>4.1.5. of endogenous mental disorders, alcoholism and drug addiction, and treatment of diseases, injuries and poisonings which result from drug, alcohol and psychotropic substances;</p> <p>4.1.6. any disease or its consequences, which have been diagnosed to the Insured Person prior to signing the agreement, and requiring constant planned treatment;</p> <p>4.1.7. of diseases of the reproductive system (menstrual disorders, infertility, impotence, artificial insemination, abortion without medical indications, mastopathy, genicomastia, mastodynia, cysts and polycystic ovarian syndrome, menopause);</p> <p>4.1.8. of disease if diagnosed in addition to the cost of clarifying diagnosis (to determine the stage and methods of treatment):</p> <p>4.1.8.1. chronic diseases that require hormone replacement therapy (except for emergency conditions);</p> <p>4.1.8.2. diabetes (except for emergency conditions);</p> <p>4.1.8.3. tumours of any localization, malignant and benign tumours;</p> <p>4.1.8.4. birth defects or genetic diseases;</p> <p>4.1.8.5. radiation disease;</p> <p>4.1.8.6. chronic diseases of blood and hemopoietic organs;</p> <p>4.1.8.7. sarcoidosis, cystic fibrosis, tuberculosis;</p> <p>4.1.8.8. systemic connective tissue disorders;</p> <p>4.1.8.9. destructive and other diseases of the musculoskeletal system that result in permanent movement dysfunction;</p> <p>4.1.8.10. acquired immune deficiency and immunity disorders;</p> <p>4.1.8.11. chronic kidney and liver failure;</p> <p>4.1.8.12. multiple sclerosis;</p> <p>4.1.8.13. neuromuscular diseases, hereditary myelinopathies and demyelinating diseases, unless it is an emergency to save the Insured Person's life;</p> <p>4.1.8.14. TORSH infections (toxoplasmosis, cytomegalovirus infection, rubella virus infection, herpes infection), Epstein-Barr virus infection, h.pylori.</p> <p>4.1.9. Classical sexually transmitted diseases, infections sexually transmitted disease: gonorrhoea, syphilis, venereal lymphogranulomatosis, gardnerellosis, genital herpes, mycoplasmosis, virus infection, trichomoniasis, ureaplasma, Chlamydia, herpes infection;</p> <p>4.1.10. especially dangerous infections diseases are identified by the Ministry of Health of Ukraine, except in cases of payment for emergency medical care for the disease "Coronavirus disease", if it is provided by the Insurance Program;</p> <p>4.1.11. diseases as a result of which an epidemic, pandemic has been declared, except for cases of payment for emergency medical care for the disease "Coronavirus disease", if it is provided by the Insurance Program.</p> <p>4.1.12. persistent effects of early trauma and disease, persistent residual changes due to organic diseases and traumatic injuries of brain and spinal cord, peripheral nervous system;</p> <p>4.1.13. trophic disorders due to varicose veins and thrombophlebitis;</p> <p>4.1.14. infectious diseases, the incubation period which did not end until the signing of the Treaty;</p>

<p>4.1.15. грибкових захворювань шкіри та внутрішніх органів, в тому числі статевих органів, псоріазу, екзему (термін "дерматит" та "екзема" використовуються як взаємозамінні синоніми), в т.ч.: атопічного дерматиту, себорейного дерматиту, будь-якого виду алопеції, оніходистрофії, гіперкератозу, контагіозного моллюску, вугрової хвороби, вітіліго, паразитарних захворювань (демодекозу, коросту, педикульозу, гельмінтозів);</p> <p>4.1.16. хронічних захворювань будь-якого типу в фазі ремісії, не стійкої ремісії;</p> <p>4.1.17. професійних захворювань;</p> <p>4.1.18. функціональних порушень (в т.ч. синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз, дисбіоз, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закреп, дискінезія жовчовивідних шляхів, вазомоторний риніт), поліноз та інші алергічні захворювання.</p> <p>4.2. Страховик також не оплачує в частині страхування медичних витрат:</p> <p>4.2.1. косметичні, пластичні, реконструктивні операції та витратні матеріали і одноразовий інструментарій для їх виконання (в т.ч. герніопластика кил, ринопластика тощо), операції на серці та судинах, операції по усуненню недоліків зовнішності або інших фізичних вад та дефектів, всі види протезування, корекцію ваги, видалення колоїдних рубців;</p> <p>4.2.2. послуги по підборі методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС);</p> <p>4.2.3. діагностику та лікування гострих інфекційних гепатитів (за винятком гепатиту А та первинної одноразової якісної діагностики), хронічних гепатитів, цирозів та гепатоз печінки;</p> <p>4.2.4. застосування профілактичних препаратів (вобензіму, хондро- та гепатопротекторів, імуномодуляторів, біостимуляторів, полівітамінів);</p> <p>4.2.5. надання акушерсько-гінекологічних послуг, пов'язаних з вагітністю та її ускладненнями, а також пологами;</p> <p>4.2.6. планове оперативне втручання.</p> <p>4.3. Не підлягають відшкодуванню:</p> <p>4.3.1. непрямі збитки;</p> <p>4.3.2. моральна шкода;</p> <p>4.3.3. неотримані прибутки;</p> <p>4.3.4. збитки, які настали з причин, що були відомі Страховальнику/Застрахованій особі до початку дії Договору;</p> <p>4.3.5. збитки, нанесені поза межами місця дії Договору;</p> <p>4.3.6. збитки, що стали наслідком протиправних інтересів, змови Страховальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача і третіх осіб;</p> <p>4.3.7. біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, ензими загальної дії, про- та субіотики, пробіотики, бактеріофаги, гомеопатичні, антигомтоксичні препарати, вітаміни, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, загальнозміцнюючі засоби, гепатопротектори, препарати які запобігають каменеутворенню, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, препарати, які оподатковуються ПДВ, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів, медичні лікувальні та діагностичні прилади, засоби медичного призначення, пристрої, медичне обладнання, та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенги, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, комір Шанца, бандаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези, ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу не вітчизняного виробництва), скоби для степлера, ендоскопічні стійкі, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, петлі для поліпектомії, та ін.), медичний інструментарій (крім шприців, крапельниць, а також одноразових хірургічних матеріалів, що необхідні для проведення хірургічного втручання); препарати хондропротекторної дії, біфосфонати та інші препарати, що впливають на структуру і мінералізацію кісток, препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, препарати, що знижують рівень ліпідів в крові, кардіопротектори, ноотропи, антитромботичні засоби для систематичного чи профілактичного застосування (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин та інші), продукція торгових марок «Bionorica», «DHU», «Heel».</p> <p>4.3.8. благодійна допомога.</p> <p>4.3.9. збитки, які виникли внаслідок звернення Застрахованої особи в приватні медичні заклади без попереднього погодження та направлення Страховика.</p> <p>4.4. <u>Страховими випадками в частині амбулаторно – поліклінічного лікування не визнаються й не оплачуються Страховиком:</u> амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару; проходження курсу реабілітації після хвороби; амбулаторне лікування у випадку відмови Страховальника/Застрахованої особи від запропонованого лікування в умовах стаціонару.</p> <p>4.5. <u>Страховими випадками в частині стаціонарної допомоги не визнаються й не оплачуються Страховиком захворювання, стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:</u> які не потребують цілодобового медичного спостереження з боку медперсоналу; які можна лікувати в умовах поліклініки (за станом здоров'я); які потребують проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування.</p> <p>4.6. Програма страхування медичних витрат припиняє дію у випадках:</p> <p>- недотримання або порушення лікувального режиму;</p>	<p>4.1.15. fungal diseases of the skin and internal organs, including genitals, psoriasis, eczema (the term dermatitis and eczema are used as interchangeable synonyms), including: atopic dermatitis, seborrheic dermatitis, any type of alopecia, onihodystrophy, hyperkeratosis, contagious mollusks, acne, vitiligo, parasitic diseases (demodicosis, scabies, pediculosis, helminthiasis);</p> <p>4.1.16. chronic diseases of any kind in the phase of remission, not stable remission;</p> <p>4.1.17. occupational diseases;</p> <p>4.1.18. functional disorders (including irritable bowel syndrome, dysbiosis, dysbiosis, dispanseism, dyspepsia, functional fastener, dyskinesia of the biliary tract, vasomotor rhinitis), perineum and other allergic disease.</p> <p>4.2. The Insurer shall, as regard medical expenses insurance, not indemnify for:</p> <p>4.2.1. cosmetic, plastic, reconstructive surgery and consumables and disposable instruments for their performance (including hernioplasty kill, rhinoplasty, etc.), surgery on heart and vessels, surgery to correct defects of appearance or other physical flaws and defects, all kinds of prosthetics, weight correction, removal of colloidal scars;</p> <p>4.2.2. services on selection of birth control methods (including the insertion and removal of intrauterine spiral);</p> <p>4.2.3. diagnosis and treatment of acute infectious hepatitis (except for hepatitis A and primary one-time quality diagnosis), cirrhosis, steatosis, chronic hepatitis and liver hepatosis;</p> <p>4.2.4. use of prophylactic drugs (wobenzym, hondroprotectors and hepatoprotectors, immunomodulators, bio stimulators, multivitamins);</p> <p>4.2.5. obstetrical and gynaecological services related to pregnancy and its complications, and childbirth;</p> <p>4.2.6. planned surgery.</p> <p>4.3. The Insurer shall not indemnify for:</p> <p>4.3.1. consequential damages;</p> <p>4.3.2. moral damages;</p> <p>4.3.3. lost profit;</p> <p>4.3.4. losses which are caused by the objects that have been known to the Policyholder/Insured Person prior to the contract signing;</p> <p>4.3.5. damages out of the territory of the Contract;</p> <p>4.3.6. damages resulting from illegal interests of, conspiracy between the Policyholders/ Insured Person/Beneficiary and third parties.</p> <p>4.3.7. dietary supplements, stimulants of overall performance, overall performance enzymes, pro- and eubiotics, probiotics, bacteriophages, homeopathic, antshomotoxic medications, vitamins, vitamins and minerals, adaptogens, tonic medicines, hepatoprotectors, medicines that prevent stone formation, care products, beauty products, disinfectants, products which are subject to VAT, if this is not provided by the insurance scheme within the prescribed limits, medical and diagnostic devices, medical supplies, devices, medical equipment and supplies to them, including those intended to replace and / or adjust the affected organs functions (stents, embolization screws, prostheses, orthoses, clamps dentures; latches and equipment for osteosynthesis of foreign manufacture), staples, endoscopic counters, machines for sewing bowel, coronary angiography kits, loops for polypectomy etc.), medical instruments (except for syringes, droppers, and disposable surgical instruments, necessary for surgical intervention); products of chondroprotective effect, bisphosphonates and other medicines affecting bone structure and mineralization, medicines of inhibitor factor of tumour necrosis, monoclonal antibodies, medicines, lowering lipid blood levels, cardioprotectors, nootropics, antithrombotic agents for systemic or prophylactic uses (clopidogrel ("Plavix"), ticlopidine, etc.), products of brands «Bionorica», «DHU», «Heel».</p> <p>4.3.8. charity.</p> <p>4.3.9. losses incurred as a result of the Insured's application to private medical institutions without prior consent and referral of the Insurer.</p> <p>4.4. <u>The following insured events, in terms of ambulatory - polyclinic treatment, shall not be recognized and are not paid by the Insurer:</u> Outpatient treatment after discharge from hospital; course of rehabilitation after illness; Outpatient treatment in the event of the Insured's/Insured Person refusal of the proposed in-patient treatment.</p> <p>4.5. <u>The following Insured events shall be not recognized and are not paid by the Insurer if they are related to diseases, health conditions and circumstances:</u> which do not require 24/7 medical supervision of medical staff; Which can be treated in a clinic (for health reasons); which require a course of rehabilitation after an illness and a spa treatment.</p> <p>4.6. The Insurance scheme covering medical costs shall be terminated in the following cases:</p> <p>-Non-compliance or violation of medical conditions;</p>
---	---

<p>- невиконання призначень лікаря.</p> <p>4.7. Вартість обстеження, лікування, медичних препаратів і предметів медичного призначення, послуг що не входять у дану програму страхування медичних витрат, а так само суму, що перевищила ліміт відповідальності за Договором, Страхувальник/Застрахована особа оплачує самостійно.</p>	<p>-Failure to comply with the doctor's prescriptions.</p> <p>4.7. The Insured/Insured Person shall pay on its own the cost of examination, treatment, medicines and medical supplies and services that are not included in this Insurance scheme covering medical costs, as well as the amount that exceeds the limit of liability under the Contract.</p>
<p>5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.</p> <p>5.1. Страхувальник має право:</p> <p>5.1.1. отримати страхову виплату на умовах та в розмірі, передбачених Договором;</p> <p>5.1.2. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;</p> <p>5.1.3. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог розділу 10;</p> <p>5.1.4. одержати від Страховика дублікат Договору в разі втрати оригіналу;</p> <p>5.1.5. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір здійсненої страхової виплати в судовому порядку.</p> <p>5.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>5.2.1. сплатити страховий платіж в розмірі та в строки, передбачені Договором;</p> <p>5.2.2. при укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту, як тільки Страхувальнику/Застрахованій особі стало відомо про настання таких обставин;</p> <p>5.2.3. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету цього Договору, і надалі інформувати Страховика під час дії Договору про укладання нових договорів страхування щодо предмету цього Договору;</p> <p>5.2.4. при настанні Події, діяти в порядку і на умовах, передбачених розділом 6;</p> <p>5.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої внаслідок настання Події;</p> <p>5.2.6. не перешкоджати Страховику або його представникам у визначенні обставин настання Події;</p> <p>5.2.7. дотримуватись умов Договору та належно виконувати свої обов'язки за Договором.</p> <p>5.2.8. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору, Правил. Отримати Згоду від Застрахованих осіб на укладання Договору, на використання його персональних даних та з умовами п 12.8, 12.9, 12.10.</p> <p>5.3. Страховик має право:</p> <p>5.3.1. при укладанні Договору перевіряти надану Страхувальником інформацію;</p> <p>5.3.2. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;</p> <p>5.3.3. самостійно з'ясувати причини та обставини Події, робити запити про відомості, пов'язані з Подією до правоохоронних органів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини цієї Події;</p> <p>5.3.4. відмовити у страховій виплаті за наявності підстав, передбачених умовами Договору, а також у випадках, передбачених чинним законодавством України;</p> <p>5.3.5. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог розділу 10;</p> <p>5.3.6. пред'явити вимогу до особи, що одержала страхову виплату, про повернення отриманої суми (повністю або частково), якщо протягом строків позовної давності, встановлених законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати, на підставі умов Договору, права на одержання зазначених коштів (повністю або частково).</p> <p>5.4. Страховик зобов'язаний:</p> <p>5.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;</p> <p>5.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;</p> <p>5.4.3. здійснити страхову виплату або відмовити у здійсненні страхової виплати у строки, передбачені Договором;</p> <p>5.4.4. не розголошувати відомостей, включаючи також інформацію медичного характеру, про Страхувальника/Застраховану особу та його майнове становище, крім випадків, передбачених законом;</p> <p>5.4.5. видати Страхувальнику дублікат Договору у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним;</p> <p>5.4.6. дотримуватись умов Договору та належно виконувати свої обов'язки за Договором.</p>	<p>5. RIGHTS AND DUTIES OF THE PARTIES</p> <p>5.1. The Policyholder shall have the right:</p> <p>5.1.1. to receive an insurance payment on the terms and in the amount provided by this Agreement;</p> <p>5.1.2. initiate amendments to the terms of this Agreement during its term;</p> <p>5.1.3. to terminate this Agreement in advance in compliance with the requirements of Section 10 of this Agreement;</p> <p>5.1.4. receive a duplicate of this Agreement from the Insurer in case of loss of the original;</p> <p>5.1.5. to appeal against the Insurer's refusal to make an insurance payment or the amount of the made insurance payment in court.</p> <p>5.2. The Policyholder shall be obliged:</p> <p>5.2.1. to pay the insurance premium as and when required hereby;</p> <p>5.2.2. when signing the Contract, to inform the Insurer of all known to him/her circumstances, which are important for insurance risk assessment and keep the Insurer further informed of all changes to the insurance risks within 3 (three) working days as soon as it becomes acknowledged of them;</p> <p>5.2.3. when signing the Contract, to inform the Insurer of other valid insurance contract as regard the subject matter hereof and keep the Insurer further informed of new insurance contracts made within the Contract period;</p> <p>5.2.4. if any Event takes place, to act as and how stipulated by Article 6 hereof;</p> <p>5.2.5. to take measures to prevent from or minimize the loss caused by the Event;</p> <p>5.2.6. not to prevent the Insurer or its representative from determining the circumstances of the Event;</p> <p>5.2.7. to comply with the Contract and duly fulfil all the duties stipulated hereby;</p> <p>5.2.8. To acquaint the Insured persons with the terms of the Agreement, the Rules. Obtain Consent from the Insured Persons to enter into the Agreement, to use his personal data and with the terms of paragraphs 12.8, 12.9, 12.10.</p> <p>5.3. The Insurer shall have the right:</p> <p>5.3.1. when signing the Contract, to verify the information provided;</p> <p>5.3.2. to initiate the changes to be made to the Contract within its Period;</p> <p>5.3.3. to find out the circumstances and causes of the Event independently, request any data as regard the Event from the law-enforcement bodies and other companies, facilities, organizations who may possess such an information;</p> <p>5.3.4. to refuse in insurance indemnification if it has any basis for such a refusal as stipulated hereby and by the current laws of Ukraine;</p> <p>5.3.5. to cancel the Contract complying with Article 10 hereof;</p> <p>5.3.6. to require the indemnity-receiving person to repay the amount indemnified (in full or in part) if new facts of the insured event which hereunder deprives the receiving person of its rights for insurance indemnity (in full or in part), arises within the limitation period stipulated by the Ukrainian laws.</p> <p>5.4. The Insurer shall be obliged:</p> <p>5.4.1. to familiarize the Policyholder with the Terms and Conditions hereof and the Rules;</p> <p>5.4.2. to take measures, within 2 (two) working days as soon as it becomes known of such, for filing all the documents needed to duly make the insurance indemnification;</p> <p>5.4.3. to pay the insurance indemnity or refuse in such as and when required hereby;</p> <p>5.4.4. to keep in confidence the Policyholder's Insured Person data, including his/her medical and property information unless it is required by the current laws of Ukraine;</p> <p>5.4.5. to provide the Policyholder with the duplicate of the Contract if the original is lost. After the duplicate is issued, the lost copy shall become invalid;</p> <p>5.4.6. to comply with the Contract and duly fulfil all the duties stipulated hereby.</p>
<p>6. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.</p> <p>6.1. При настанні гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або травми, отруєння, наслідків нещасного випадку Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний негайно до звернення в медичний заклад (протягом 24 години з моменту настання події), в</p>	<p>6. THE POLICYHOLDER'S/INSURED PERSON ACTIONS I ANY INSURED EVENT</p> <p>6.1. In the event of an acute illness, exacerbation of a chronic illness or injury, poisoning, the consequences of an accident, the Insured/Insured Person must immediately contact a medical institution (within 24 hours of the event), at any time of day, call the phone number</p>

<p>будь-який час доби, звернутися за телефоном 0 800 212 303 (цілодобово), вказаним у Договорі страхування. При цьому Страхувальник/Застрахована особа повинен повідомити наступну інформацію:</p> <p>6.1.1. прізвище, ім'я та по-батькові;</p> <p>6.1.2. причину звернення;</p> <p>6.1.3. адресу;</p> <p>6.1.4. контактні телефони.</p> <p>6.2. На підставі отриманих даних Страховик приймає наступні рішення щодо звернення Страхувальника/Застрахованої особи:</p> <p>6.2.1. надасть усну або письмову консультацію щодо подальших дій;</p> <p>6.2.2. організує виклик бригади невідкладної або швидкої медичної допомоги (при станах, які передбачені в переліку невідкладних станів згідно Наказу № 370 МОЗ України від 01.06.2009 р.);</p> <p>6.2.3. організує медичну або інший вид допомогу в наступні строки:</p> <p>6.2.3.1. амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога – не пізніше 24 годин з моменту звернення Страхувальника/Застрахованої особи, за умови можливості надання такої допомоги в такі строки в медичних закладах регіону;</p> <p>6.2.3.2. організація медикаментозного забезпечення – протягом 3-4 годин з моменту звернення /згідно з графіком роботи аптек або служби доставки.</p> <p>6.2.3.3. при скаргах на гострий зубний біль, що є гострим захворюванням – надання стоматологічної допомоги повинно бути в межах 24 годин з моменту озвучення скарг за умови можливості надання такої допомоги в такі строки в медичних закладах регіону.</p> <p>6.2.4. інші види допомоги – протягом 2-х робочих днів.</p> <p>6.2.5. строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.</p> <p>6.3. Якщо у Страхувальника/Застрахованої особи з об'єктивних причин не було можливості звернутися до лікаря-координатора диспетчерської служби Страховика і без його відома розпочато надання медичної допомоги, Страхувальник/Застрахована особа (його представник) зобов'язані повідомити про це Страховика протягом 3 (трьох) календарних днів з моменту, коли було розпочато надання медичної допомоги.</p> <p>6.4. протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту припинення лікування Страхувальник/Застрахована особа особисто (або через представників) повинна надати Страховику документи, визначені у п. 7.</p> <p>6.5. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або внаслідок травми, отруєння, наслідків нещасного випадку або при настанні Події в частині страхування відповідальності Вигодонабувач зобов'язаний:</p> <p>6.5.1. протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту смерті надати Страховику Заяву, за формою встановлену Страховиком;</p> <p>6.5.2. надати Страховику документи, передбачені в п. 7.</p>	<p>0 800 212 303 (around the clock) specified in the Insurance Contract. Therewith, the Policyholder/Insured Person shall provide the following data:</p> <p>6.1.1. full name;</p> <p>6.1.2. basis for claim;</p> <p>6.1.3. address;</p> <p>6.1.4. contact phones.</p> <p>6.2. Based on the data received, the Insurer shall take any of the following measures as regard the Policyholder's/Insured Person claim:</p> <p>6.2.1. provide oral or written advice on further action;</p> <p>6.2.2. organizes a call to the emergency or ambulance crew (for conditions that are provided in the list of emergencies according to the Order № 370 of the Ministry of Health of Ukraine from 01.06.2009);</p> <p>6.2.3. organizes medical or other care in the following terms:</p> <p>6.2.3.1. outpatient and inpatient care - no later than 24 hours from the date of application of the Insured/Insured Person provided that such assistance can be provided in such time in medical institutions of the region;</p> <p>6.2.3.2. organization of medical supply - within 3-4 hours from the moment of application / according to the schedule of pharmacies or delivery service.</p> <p>6.2.3.3. in case of complaints of acute toothache, which is an acute disease - the provision of dental care should be within 24 hours from the date of the complaint provided that such assistance can be provided in such time in medical institutions of the region.</p> <p>6.2.4. other types of assistance - within 2 working days.</p> <p>6.2.5. the terms of medical care may vary depending on the work schedule of medical institutions.</p> <p>6.3. If the Insured/Insured Person for objective reasons was not able to contact the doctor-coordinator of the dispatch service of the Insurer and without his knowledge began to provide medical care, the Insured/ Insured Person (his representative) must notify the Insurer within 3 (those) calendar days from when the provision of medical care was started.</p> <p>6.4. within 15 (fifteen) calendar days from the moment of termination of treatment the Insured/Insured Person must personally (or through representatives) provide the Insurer with the documents specified in Section 7.</p> <p>6.5. In case of death of the Insured Person due to an acute illness, exacerbation of a chronic disease or due to injury, poisoning, consequences of an accident or the occurrence of the Event in terms of liability insurance, the Beneficiary is obliged to:</p> <p>6.5.1. within 15 (fifteen) calendar days from the moment of death to submit to the Insurer the Application, according to the form established by the Insurer;</p> <p>6.5.2. Provide the Insurer with the documents provided for in Section 7.</p>
<p>7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.</p> <p>7.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:</p> <p>7.1.1. в частині МВ:</p> <p>7.1.1.1. акта виконаних робіт та рахунку медичного закладу, який надавав Страхувальнику/Застрахованій особі медичну допомогу – якщо виплата здійснюється медичному закладу;</p> <p>7.1.1.2. документів, що засвідчують факт надання Страхувальнику/Застрахованій особі медичної допомоги (консультативні висновки спеціалістів, виписки із медичних карт амбулаторного (стаціонарного) хворого, епікризи, довідки, листки лікарських призначень, направлення, рецепти тощо) – якщо Страхувальник/Застрахована особа медичну допомогу отримав і оплатив самостійно та/або самостійно придбав лікарські засоби;</p> <p>7.1.1.3. в випадку репатріації:</p> <p>7.1.1.3.1. свідоцтво про смерть,</p> <p>7.1.1.3.2. лікарська довідка про смерть та/або довідка про причини смерті,</p> <p>7.1.1.3.3. свідоцтво про право на спадщину,</p> <p>7.1.1.3.4. документи щодо оплати послуг по перевезенню тіла Застрахованої особи,</p> <p>7.1.1.3.5. інші необхідні документи за вимогою Страховика.</p> <p>7.1.2. в частині Відповідальності:</p> <p>7.1.2.1. рішення про примусове повернення Страхувальника/Застрахованої особи (з вказанням підстав прийняття та наслідків невиконання такого рішення) та/або постанови адміністративного суду про примусове видворення Страхувальника/Застрахованої особи за межі України;</p> <p>7.1.2.2. паспортного документу з відміткою про скасування візи;</p> <p>7.1.2.3. кошторису витрат, необхідних для виконання рішення про примусове повернення або примусове видворення;</p> <p>7.1.2.4. документів, які підтверджують факт та розмір витрат (у випадках, коли отримувачем страхової виплати є приймаюча сторона).</p> <p>7.2. Для отримання страхової виплати особа, яка звернулася за такою виплатою, повинна надати:</p> <p>7.2.1. заяву про здійснення страхової виплати (якщо страхова виплата здійснюється медичному закладу замість заяви про здійснення страхової виплати надається акт виконаних робіт);</p> <p>7.2.2. Договір (примірник Страхувальника);</p>	<p>7. DOCUMENTS AS THE PROOF OF THE INSURED EVENTS</p> <p>7.1. The Insurer shall pay the insurance indemnity as regard the ME on the basis of the documents as follows:</p> <p>7.1.1. as regard the ME:</p> <p>7.1.1.1. the report of services rendered and invoice of medical facility, which has provided the Policyholder/Insured Person with the medical aid if the indemnity is paid to the medical facility;</p> <p>7.1.1.2. document which prove the fact that the medical aid has been provided to the Policyholder/Insured Person (doctors' conclusions, statements of medical cards of outpatient or inpatient , epicrisis, certificates, doctors' prescriptions and assignments, if the Policyholder/Insured Person has received the medical aid and paid for it and/or medicines by itself;</p> <p>7.1.1.3. in case of repatriation:</p> <p>7.1.1.3.1. death certificate,</p> <p>7.1.1.3.2. medical certificate of death and certificate of death,</p> <p>7.1.1.3.3. certificate of inheritance,</p> <p>7.1.1.3.4. documents on payment for services for transportation of the body of the Insured Person,</p> <p>7.1.1.3.5. other necessary documents at the request of the Insurer.</p> <p>7.1.2. as regard the Liability:</p> <p>7.1.2.1. decision on the Policyholder's/Insured Person refoulement (including the basis for such a decision and consequences of failure to comply with it) and/or resolutions of the administrative court on the Policyholder's/Insured Person compulsory deportation from Ukraine;</p> <p>7.1.2.2. passport with the cancelled visa;</p> <p>7.1.2.3. estimate of expenditures needed to fulfil the decision on refoulement or compulsory deportation;</p> <p>7.1.2.4. documents, which prove the fact and amount of the expenditures (if it is the receiving party who is indemnified);</p> <p>7.2. To receive the insurance indemnity, a person who applies for it shall provide:</p> <p>7.2.1. insurance indemnity claim (if the indemnity is paid to the medical facility the report of services rendered shall be provided instead of the mentioned claim);</p> <p>7.2.2. the Contract (the Policyholder's copy);</p> <p>7.2.3. documents which identify the indemnity receiver, prove his/her right</p>

<p>7.2.3. документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати, її право на отримання страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного номера (у разі наявності);</p> <p>7.2.4. документи, передбачені п.7.1 цього Договору.</p> <p>7.3. Документи, передбачені п.7.1, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином. Неподання цих документів (або їх подання неналежним чином), протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту подання Страховикові документів, дає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити здійснення страхової виплати до отримання належним чином оформлених документів в частині, що не підтверджена цими документами. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальника/Застраховану особу (Вигодонабувача) в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту виявлення таких порушень. В разі виникнення сумнівів щодо причин, часу та інших факторів настання Події Страховик має право вимагати надання інших документів, не зазначених у п. 7.1.</p> <p>7.4. Приймаюча сторона протягом 30 (тридцяти) днів з дати здійснення видворення Застрахованої особи зобов'язана надати Страховику документи, які підтверджують факт видворення Застрахованої особи за межі України та оплату витрат, пов'язаних з таким видворенням. У випадку ненадання приймаючою стороною зазначених у цьому пункті документів у визначений строк, Страховик має право на повернення суми здійсненої, на рахунок приймаючої сторони, страхової виплати (або її частини).</p>	<p>for such an indemnity, and identification code (if available);</p> <p>7.2.4. documents stipulated by Item 7.1;</p> <p>7.3. The documents provided for in clause 7.1 must be authentic, submitted in the amount required by the Insurer, executed and duly certified. Failure to submit these documents (or their submission improperly) within 30 (thirty) calendar days from the date of submission of documents to the Insurer, gives the Insurer the right to refuse to make insurance payments or postpone the payment of insurance until properly executed documents in part not confirmed by these documents. The Insurer shall notify the Insured/(if available) (Beneficiary) in writing of the existence of such discrepancies and violations within 5 (five) working days from the moment of detection of such violations. In case of doubts about the causes, time and other factors of the Event, the Insurer has the right to demand other documents not specified in clause 7.1 of the Agreement. If the causes, time and other factors of the Event are doubted, the Insurer may require documents other than those stipulated by Item 7.1.</p> <p>7.4. The receiving party shall, within 30 (thirty) days upon the Insured Person deportation, submit to the Insurer the documents which prove the fact of the Insured Person deportation from Ukraine and payment of the expenses as regard such deportation. If the receiving party fails to submit the documents as and when stipulated hereby, the Insurer may return the insurance indemnity paid to the receiving party in full or in part.</p>
<p>8. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.</p> <p>8.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника/Застрахованої особи (Вигодонабувача) про здійснення страхової виплати та страхового акта, складеного Страховиком.</p> <p>8.2. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцять) робочих днів, з моменту надання Страхувальником/Застрахованою особою (Вигодонабувачем) усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання Події та документів, що підтверджують витрати Страхувальника/Застрахованої особи (Вигодонабувача). Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.</p> <p>8.3. Розмір страхової виплати визначається:</p> <p>8.3.1. в частині страхування медичних витрат – в розмірі фактичної вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;</p> <p>8.3.2 в частині страхування відповідальності – в розмірі, визначеному в п.0.</p> <p>8.4. Страховик оплачує витрати, які входять до кошторису витрат в розмірі вартості:</p> <p>8.4.1. проїзних квитків для Застрахованої особи та, у випадку примусового видворення, для осіб, які його супроводжують;</p> <p>8.4.2. послуг з утримання Застрахованої особи в пунктах тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні – у випадку примусового видворення;</p> <p>8.4.3. послуг з ідентифікації особи – у випадку примусового видворення;</p> <p>8.4.4. послуг з оформлення документів та вчинення інших дій, пов'язаних із примусовим видворенням.</p> <p>8.5. Страховик здійснює страхову виплату в межах встановленої в Договорі страхової суми та лімітів відповідальності, передбачених програмою страхування медичних витрат, зменшених, на суму всіх здійснених під час дії Договору страхових виплат.</p> <p>8.6. Страховик здійснює страхову виплату за умови, що обсяг медичної допомоги:</p> <p>8.6.1. співвідноситься із вказаним діагнозом;</p> <p>8.6.2. відповідає стандартам якості медичної допомоги, що діють на території надання такої допомоги;</p> <p>8.6.3. носить характер необхідної (без надання якої медичний стан Застрахованої особи значно погіршиться) та достатньої для медичного стану, що існував на момент її надання.</p> <p>8.7. Якщо в Договір були внесені зміни стосовно розмірів страхової суми або лімітів відповідальності Страховик здійснює страхову виплату з урахуванням останньої зміни, у разі, якщо Подія настала після внесення таких змін.</p> <p>8.8. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання страхового акту.</p> <p>8.9. Страхова виплата здійснюється:</p> <p>8.9.1. Страхувальнику/Застрахованій особі в частині оплати вартості отриманих нею медичних послуг, у разі самостійної оплати медичних послуг або придбання лікарських засобів, після надання всіх необхідних документів;</p> <p>8.9.2. Медичному закладу, який надавав Страхувальнику/Застрахованій особі медичну допомогу або Страхувальнику/Застрахованій особі – у разі якщо Страхувальник /Застрахована особа самостійно оплатила надану їй медичну допомогу;</p> <p>8.9.3. міграційній службі, яка здійснює видворення Страхувальника/застрахованої особи з території України або приймаючій стороні у випадку, якщо приймаюча сторона оплатила міграційній службі витрати по видворенню Страхувальника/Застрахованої особи з території України.</p> <p>8.9.4. родичам Страхувальника/Застрахованої особи, які самостійно</p>	<p>8. INSURANCE INDEMNIFICATION PROCEDURE</p> <p>8.1. The insurance indemnity shall be paid by the Insurer based on the Policyholder's/Insured Person (Beneficiary's) indemnity claim and claim report made by the Insurer.</p> <p>8.2. The Insurer shall take its decision on insurance indemnity within 20 (twenty) working days after the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) has provided all the necessary documents and data on the fact and causes of the Event, and the documents which prove the Policyholder's/Insured Person (Beneficiary's) expenses, the decision on the insurance indemnity shall be made as the claim report.</p> <p>8.3. The amount of the insurance indemnity shall equal to:</p> <p>8.3.1. as regard the medical expenses, the actual value of the medical aid provided to the Insured Person;</p> <p>8.3.2. as regard the liability insurance, the amount determined by Item 8.4.</p> <p>8.4. The Insurer shall pay the expenses which are the part of the estimate of expenditures, namely:</p> <p>8.4.1 travel tickets for the Insured Person and, if the compulsory deportation takes place, his/her accompanying persons;</p> <p>8.4.2. services of centres of temporary stay of foreigners and stateless people who illegally stay in Ukraine, if the compulsory deportation takes place.</p> <p>8.4.3. person identification services the compulsory deportation takes place;</p> <p>8.4.4. document filing services and other services as regard the compulsory deportation;</p> <p>8.5. The Insurer shall pay the insurance indemnity within the sum insured and limits of liability determined hereby and medical expenses insurance program less the insurance indemnities paid within the Contract Period.</p> <p>8.6. The Insurer shall pay the insurance indemnity provided that the extent of the medical aid:</p> <p>8.6.1. corresponds the diagnosis established;</p> <p>8.6.2. complies with the quality standards for medical aid acceptable for the country where such medical aid is provided;</p> <p>8.6.3. is necessary (when the Insured Person health might have been worsened) and sufficient for that medical state of the Policyholder.</p> <p>8.7. If any changes as regard the sum insured or Insurer's limits of liability are made hereto, the Insurer shall pay the insurance indemnity taking into account the last change made if the Event has occurred afterwards.</p> <p>8.8. The Insurer shall pay the insurance indemnity within 5 (five) working days upon the claim report is made.</p> <p>8.9. The insurance indemnity shall be paid to:</p> <p>8.9.1. To the Insured/Insured Person in terms of payment of the cost of medical services received by her, in case of independent payment for medical services or purchase of medicines, after providing all the necessary documents;</p> <p>8.9.2. the medical institution that provided medical care to the Insured/Insured Person or the Insured/Insured Person - if the Insured/Insured Person paid for the medical care provided to him / her;</p> <p>8.9.3. the migration service, which carries out the expulsion of the Insured/Insured Person from the territory of Ukraine or the host party in case the host party has paid to the migration service the expenses for the expulsion of the Insured/Insured Person from the territory of Ukraine.</p> <p>8.9.4. relatives of the Insured/Insured Person who independently paid for the burial or repatriation of the Insured's/Insured Person body.</p>

<p>оплатили витрати, пов'язані з похованням або репатріацією тіла Застрахованої особи</p> <p>8.9.5. третій особі, яка здійснила та оплатила комплекс заходів пов'язаних з похованням тіла Застрахованої особи в Україні або репатріацією тіла Застрахованої особи в країну громадської належності.</p>	<p>8.9.5. third party who carried out and paid for a set of measures related to the burial of the Insured's/Insured Person body in Ukraine or repatriation of the Insured's/Insured Person body to the country of public ownership.</p>
<p>9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.</p> <p>9.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:</p> <p>9.1.1. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою навмисних дій, спрямованих на настання Події, крім випадків, пов'язаних з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється згідно з чинним законодавством України;</p> <p>9.1.2. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;</p> <p>9.1.3. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання Події;</p> <p>9.1.4. невиконання чи неналежне виконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, покладених на нього умовами Договору;</p> <p>9.1.5. неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою (Вигодонабувачем) Страховика у строк, передбачений п.6.1, п. 6.3, п. 6.4.1 цього Договору, про настання Події без поважних на це причин, невиконання умов п.6 Договору, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру заподіяної шкоди;</p> <p>9.1.6. захворювання Застрахованої особи та/або отримання медичної допомоги поза строком та місцем дії Договору;</p> <p>9.1.7. самостійна оплата Страхувальником/Застрахованою особою витрат, пов'язаних з примусовим поверненням або примусовим видворенням.</p> <p>9.1.8. інші випадки, передбачені законом.</p> <p>9.2. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик впродовж 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє Страхувальнику/Застрахованій особі (Вигодонабувачу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.</p> <p>9.3. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена в судовому порядку.</p> <p>9.4. Повернення грошових коштів, сплачених Страховиком до прийняття рішення про відмову у виплаті здійснюється Страхувальником/Застрахованою особою Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту отримання рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати.</p>	<p>9. BASIS FOR INDEMNITY REFUSAL</p> <p>9.1. The Insurer may refuse to pay the insurance indemnity if:</p> <p>9.1.1. the Policyholder/Insured Person has made illegal actions aiming at the Event, except for the fulfilment of his/her civil or official duties for the purposes of defence (with no limit excess) or protection of the property, life, health, honour, dignity and goodwill. The actions of the Policyholder shall be classified under the current laws of Ukraine;</p> <p>9.1.2. the Policyholder/Insured Person has committed a wilful crime resulting in the insured event;</p> <p>9.1.3. the Policyholder/Insured Person consciously provides false information on the subject hereof or the fact of the occurrence;</p> <p>9.1.4. the Policyholder/Insured Person has failed to fulfil duties stipulated hereby;</p> <p>9.1.5. the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) has not notified of the Event in due time as stipulated by the Items 6.1, 6.3, 6.4.1 hereof, without valid excuses, fails to fulfil the Article 6, or makes obstacles to the Insurer when defining the circumstances, character and amount of loss;</p> <p>9.1.6. The Insured Person becomes ill or receives medical aid beyond the Contract Period and Territory;</p> <p>9.1.7. The Policyholder/Insured Person bears the expenses for refoulement or compulsory deportation by him/herself;</p> <p>9.1.8. Other cases provided by the current laws;</p> <p>9.2. The Insurer shall notify the Policyholder/Insured Person (Beneficiary) of its decision on indemnity refusal within 10 (ten) working days upon it is taken specifying the basis therefore.</p> <p>9.3. The Insurer's indemnity refusal may be appealed in court.</p> <p>9.4. The monetary amounts paid by the Insurer prior to the decision on indemnity refusal shall be repaid by the Policyholder/Insured Person within 10 (ten) calendar days from the date of receipt of the Insurer's decision to refuse to make an insurance payment.</p>
<p>10. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.</p> <p>10.1. Всі зміни і доповнення до Договору приймаються за домовленістю Сторін, шляхом укладання додаткової угоди до Договору, яка з моменту підписання її Сторонами стає невід'ємною частиною Договору.</p> <p>10.2. Про намір внести зміни до Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 10 (десять) робочих днів до запропонованого терміну внесення змін.</p> <p>10.3. Якщо будь-яка із Сторін не згодна із внесенням змін у Договір, протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання такого повідомлення Сторонами вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.</p> <p>10.4. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>10.4.1. закінчення строку дії Договору;</p> <p>10.4.2. виконання Страхувальником зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою у повному обсязі;</p> <p>10.4.3. здійснення страхової виплати в частині Відповідальності (договір припиняє свою дію лише в частині Відповідальності);</p> <p>10.4.4. смерті Застрахованої особи - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 24 Закону України «Про страхування»;</p> <p>10.4.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;</p> <p>10.4.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;</p> <p>10.4.7. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.</p> <p>10.5. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.</p> <p>10.6. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу письмово не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.</p> <p>10.7. При достроковому припиненні дії Договору розрахунки Сторін здійснюються відповідно до вимог ст. 28 Закону України «Про страхування» з урахуванням нормативу витрат на ведення справи 30% від страхового тарифу.</p>	<p>10. CHANGES TO AND CANCELLATION OF THE CONTRACT</p> <p>10.1. All the changes and amendments hereto shall be made by the consent of the Parties signing the Additional Agreement hereto which becomes an integral part of the Contract when signed.</p> <p>10.2. The initiating Party shall notify the other Party of its intent to make changes hereto at least 10 (ten) working days prior to the offered date of changes;</p> <p>10.3. If either Party does not agree to make changes hereto, the Parties shall, within 10 (ten) working days upon such notification, decide whether the Contract continues to be effective on original conditions or must be cancelled.</p> <p>10.4. The Contract shall become null and void by the consent of the Parties and:</p> <p>10.4.1. the period of the Contract expires;</p> <p>10.4.2. the Insurer/Insured Person has fully fulfilled its obligations to the Policyholder;</p> <p>10.4.3. making an insurance payment in terms of Liability (the contract terminates only in terms of Liability);</p> <p>10.4.4. the Insured Person has died or lost its capability, if other is not stipulated by the current law of Ukraine On Insurance, Articles 22 and 24.</p> <p>10.4.5. the Insurer is liquidated as stipulated by the current laws of Ukraine;</p> <p>10.4.6. court has recognized the Contract as null and void;</p> <p>10.4.7. other cases stipulated by the current laws of Ukraine.</p> <p>10.5. The Contract may be cancelled upon the Insurer's or Policyholder's request.</p> <p>10.6. Either Party shall notify the other Party of its intent to cancel the Contract at least 30 (thirty) working days prior to the offered date of cancellation.</p> <p>10.7. If the Contract is early cancelled, the settlement between the Parties shall be made as stipulated by the Law of Ukraine on Insurance, Article 28, taking into account the administrative expenses which equal to 30% of the insurance rate.</p>
<p>11. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ</p> <p>ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ – «А» або «В» зазначається в Комплексному договорі добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами, в графі «Програма страхування».</p>	<p>11. MEDICAL EXPENSES INSURANCE PROGRAM</p> <p>INSURANCE PROGRAM – «A» or «B», specified in the Comprehensive Agreement on Voluntary Health Insurance and Liability of Foreign Citizens to Third Parties, in the column "Insurance Program".</p>

<p>11.1. Програма «А» 11.1.1. В разі настання під час дії Договору страхового випадку, зазначеного в п. 3.1.1., Страховик оплачує наступні витрати: Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе: • надання екстреної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації) в межах 50% страхової суми; • надання екстреної стаціонарної допомоги в медичних закладах (діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах страхової суми; • організація та оплата вартості екстреної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги в межах страхової суми; • надання невідкладної стоматологічної допомоги (надалі НСД) в межах 500 грн, якщо інше не зазначено в графі «Особливі умови» Комплексного договору. Витрати на транспортування Застрахованої особи в процесі надання екстреної допомоги: • до найближчого медичного закладу чи лікаря; • до спеціалізованого медичного закладу; 11.1.2. Програма страхування "А" забезпечує надання екстреної медичної допомоги, не містить ризик репатріації тіла. 11.1.3. Медична допомога проводиться в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах проводиться за направленням та погодженням Страховика.</p> <p>11.2. ПРОГРАМА "В" 11.2.1. В разі настання під час дії договору страхового випадку зазначеного в п. 3.1.1., Страховик оплачує наступні витрати: Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстреної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе: • надання екстреної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарські послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації) в межах 50% страхової суми; • надання екстреної стаціонарної допомоги в медичних закладах (діагностичні та лікувальні процедури, оперативні втручання, медикаментозне лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах страхової суми; • організація та оплата вартості екстреної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги - в межах страхової суми; • надання невідкладної стоматологічної допомоги (надалі НСД) в межах 500,00 (п'ятсот) грн. Якщо Страховальник сплачує страхові платежі в іноземній валюті (євро), ліміт на надання невідкладної стоматологічної допомоги становить 1000,00 грн або в межах іншого ліміту, який зазначається в графі «Особливі умови» Комплексного договору. Витрати на транспортування Застрахованої особи в процесі надання екстреної допомоги: • до найближчого медичного закладу чи лікаря; • до спеціалізованого медичного закладу; • до конкретного пункту країни постійного місця проживання (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку; Витрати на подорож супроводжуючій особі (до конкретного пункту країни постійного проживання і назад), на утримання і перебування в готелі однієї особи, що супроводжує Застраховану особу, якщо Застрахована особа через свій фізичний стан не може самостійно повернутися в країну постійного проживання, і це підтверджено медичним висновком - в межах 25% від страхової суми; У випадку репатріації (транспортування) тіла Застрахованої особи, Страховик оплачує в межах страхової суми, якщо страхова сума встановлена в національній валюті України (гривня), або 10% від страхової суми, якщо страхова сума встановлена в іноземній валюті (євро) наступні витрати: - розтин тіла, зберігання тіла Застрахованої особи в морзі на період оформлення документів, бальзамування тіла для транспортування на великі відстані, спеціальний контейнер, оформлення необхідної документації, в т.ч. апостилю, санітарної довідки, дозволу приймальної сторони, митне оформлення, оформлення вантажу на вантажному терміналі - необхідних для внутрішнього та міжнародного перевезення; - на транспортування тіла Застрахованої особи одним з наступних видів транспортної сполучення: авіаційним, водним, залізничним або автомобільним. При цьому вид транспорту, маршрут репатріації визначає Страховик за погодженням з родичами Застрахованої особи або законними представниками Застрахованої особи. 11.2.2. Програма страхування "В" забезпечує надання екстреної медичної допомоги, містить ризик репатріації тіла. 11.2.3. Медична допомога проводиться в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах проводиться за направленням та погодженням Страховика.</p>	<p>11.1. PROGRAM "A" 11.1.1. If during the validity period of the Contract an insured accident occurs specified in clause 3.1.1. the Insurer shall pay expenses: Emergency medical treatment costs and expenses - shall mean the costs of medical aid provided to the Insured party, which include: • provision of emergency outpatient care at a medical institution or a certified doctor (consultations, medical services, diagnostic tests, medicines, dressings, necessary means of fixation) within 50% of the sum insured; • provision of emergency in-patient care in medical institutions (diagnostic and medical procedures, surgical interventions, medical treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, counseling services, cost of stay in the wards, including resuscitation) - within the sum insured; • organization and payment of the cost of emergency medical care provided by general and / or specialized teams of ambulance- within the sum insured; • providing urgent dental care (hereinafter the UD) within the limits of UAH 500, unless otherwise specified in the column "Special terms and conditions" of the Comprehensive contract. Costs of transportation of the Insured Person in the process of providing emergency assistance: • to the nearest medical establishment or a doctor; • to a specialized medical institution; 11.1.2. Insurance program "A" provides emergency medical care without the risk of repatriation of the body. 11.1.3. Medical care is provided on the basis of state, departmental and private treatment and prevention facilities. Medical care in private treatment and prevention facilities is provided by the direction and approval of the Insurer.</p> <p>11.2. PROGRAM "B" 11.2.1. If during the validity period of the Policy an insured accident occurs specified in clause 3.1.1. the Insurer shall pay expenses: Emergency medical treatment costs and expenses - shall mean the costs of medical aid provided to the Insured party, which include: • provision of emergency outpatient care at a medical institution or a certified doctor (consultations, medical services, diagnostic tests, medicines, dressings, necessary means of fixation) within 50% of the sum insured; • provision of emergency in-patient care in medical institutions (diagnostic and medical procedures, surgical interventions, medical treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, counseling services, cost of stay in the wards, including resuscitation) - within the sum insured; • organization and payment of the cost of emergency medical care provided by general and / or specialized teams of emergency medical care - within the limits of the sum insured; • providing urgent dental care (hereinafter the UD) within the limits of UAH 500. If the Insured pays insurance payments in foreign currency (EUR), the limit for providing emergency dental care is UAH 1,000.00. Or within another limit, which is indicated in the column " Special terms and conditions " of the Comprehensive contract. Costs of transportation of the Insured Person in the process of providing emergency assistance: • to the nearest medical establishment or a doctor; • to a specialized medical establishment; • to certain place of permanent residence (by decision of the Insurer as for the place of destination, route, kind and class of transport) if transportation is necessary for medical purposes in availability of medical opinion; Expenses for travel of an accompanying person (to a specific point of the country of permanent residence and back), for accommodation and stay in a hotel of one person accompanying the Insured, if the Insured due to his physical condition can not return to the country of residence, and this is confirmed by medical conclusion - within 25% of the sum insured; In case of repatriation (transportation) of the Insured's body, the Insurer pays within the sum insured if the sum insured is set in the national currency of Ukraine (hryvnia), or 10% of the sum insured if the sum insured is set in foreign currency (euro) the following expenses: - dissection of the body, storage of the body of the Insured Person in the morgue for the period of registration of documents, embalming of the body for transportation over long distances, a special container, registration of the necessary documentation, incl. apostille, sanitary certificate, permission of the receiving party, customs clearance, registration of cargo at the cargo terminal - necessary for domestic and international transportation; - for transportation of the body of the Insured Person by one of the following types of transport: air, water, rail or road. The type of transport, repatriation route is determined by the Insurer in agreement with the relatives of the Insured Person or the legal representatives of the Insured Person. 11.2.2. Insurance program "B" provides emergency medical care, covering the risk of repatriation of the body. 11.2.3. Medical care is provided on the basis of state, departmental and private treatment and prevention facilities. Medical care in private treatment and prevention facilities is provided by the direction and</p>
---	---

<p>11.3. ОПЦІЯ «С»</p> <p>Дана опція може бути додатково включена в Програму страхування «А» або «В» та вважається включеною, якщо в Комплексному договорі добровільного медичного страхування та відповідальності іноземних громадян перед третіми особами в графі «Програма страхування» зазначено «А+С» або «В+С» (в залежності від того до якої програми була додана ця опція), та сплачений додатковий страховий платіж.</p> <p>11.3.1. В разі сплати страхового платежу в національній валюті України (грн), незалежно від валюти страхової суми:</p> <p>11.3.1.1 В разі настання під час дії договору страхового випадку зазначеного в п. 3.1.2. Страховик оплачує наступні витрати в межах встановленого ліміту в залежності від страхової суми:</p> <p>Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстренної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • надання екстренної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (діагностичне дослідження на COVID-19, консультації, лікарські послуги, медикаменти) в межах 50% від встановленого ліміту; • надання екстренної стаціонарної допомоги в медичних закладах (або в обсерваторії (Обсерватори - це тимчасові заклади охорони здоров'я (спеціалізовані шпитали)) - (діагностичні дослідження на COVID-19, лікувальні процедури, медикаментозна лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах встановленого ліміту; • організація та оплата вартості екстренної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги- в межах встановленого ліміту. <p>11.3.1.2. В разі укладання Договору:</p> <p>11.3.1.2.1. зі страховою сумою за МВ 10 000 грн та більше – покриття за ризиком зазначеним в п. 3.1.2. відбувається в межах ліміту 10 000 грн від страхової суми за МВ, якщо інше не зазначено в графі «Особливі умови» в Комплексному договорі.</p> <p>11.3.1.2.2. зі страховою сумою за МВ меншою ніж 10 000 грн - покриття за ризиком зазначеним в п. 3.1.2 відбувається в межах страхової суми за МВ, якщо інше не зазначено в графі «Особливі умови» в Комплексному договорі.</p> <p>11.3.1.2.3. або в межах іншого ліміту, який зазначається в графі «Особливі умови» Комплексного договору за опцією «С».</p> <p>11.3.1.3. Медична допомога проводиться в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах проводиться за направленням та погодженням Страховика.</p> <p>11.3.2. В разі сплати страхового платежу в іноземній валюті (євро, долари США), незалежно від валюти страхової суми:</p> <p>11.3.2.1 В разі настання під час дії договору страхового випадку зазначеного в п. 3.1.2. Страховик оплачує наступні витрати в межах ліміту 30 000 грн в межах страхової суми по МВ або в межах іншого ліміту, який зазначається в графі «Особливі умови» Комплексного договору за опцією «С»:</p> <p>Витрати на екстрене лікування - це витрати, що виникли при наданні екстренної медичної допомоги Застрахованій особі, і включають в себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • надання екстренної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (діагностичне дослідження на COVID-19, консультації, лікарські послуги, медикаменти) в межах 50% встановленого ліміту.*; • надання екстренної стаціонарної допомоги в медичних закладах (або в обсерваторії (Обсерватори - це тимчасові заклади охорони здоров'я (спеціалізовані шпитали)) - (діагностичні дослідження на COVID-19, лікувальні процедури, медикаментозна лікування, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, консультаційні послуги, вартість перебування в палатах, в тому числі реанімаційних) - в межах встановленого ліміту.*; • організація та оплата вартості екстренної медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги- в межах встановленого ліміту.* <p>* Медична допомога проводиться в державних, відомчих та приватних медичних закладах. Медична допомога в приватних медичних закладах проводиться за направленням та погодженням Страховика. При цьому всі витрати за всіма видами допомоги разом не можуть перебільшувати суму встановленого за опцією ліміту в п. 11.3.1.2., п. 11.3.2.1.</p>	<p>approval of the Insurer.</p> <p>11.3. OPTION "C"</p> <p>This option can be additionally included in the Insurance Program "A" or "B" and is considered included if the Comprehensive Agreement on Voluntary Health Insurance and Liability of Foreign Citizens to Third Parties in the column "Insurance Program" states "A + C" or "B + C" (depending on which program this option was added to), and an additional insurance payment was paid.</p> <p>11.3.1. In case of payment of insurance payment in the national currency of Ukraine (UAH), regardless of the currency of the sum insured:</p> <p>11.3.1.1. In the event of an insured event specified in clause 3.1.2., the Insurer shall pay the following expenses within the established limit depending on the sum insured:</p> <p>Emergency medical treatment costs and expenses - shall mean the costs of medical aid provided to the Insured party, which include:</p> <p>provision of emergency outpatient care at a medical institution or a certified doctor (diagnostic tests for COVID-19, consultations, medical services, medicines) within 50% of the set limit;</p> <ul style="list-style-type: none"> • provision of emergency in-patient care in medical institutions (or in the observatory (Observers are temporary health care facilities (specialized hospitals)) (diagnostic tests for COVID-19, medical procedures, medical treatment, use of any medical equipment necessary for treatment, counseling services, cost of stay in the wards, including resuscitation) - within the set limit; • organization and payment of the cost of emergency medical care provided by general and / or specialized teams of emergency medical care within the limits of the set limit. <p>11.3.1.2. In case of concluding a Contract:</p> <p>11.3.1.2.1. with an insurance amount for ME of 10,000 UAH and more - coverage for the risk specified in clause 3.1.2. occurs within the limit of UAH 10,000 from the sum insured for ME, unless otherwise specified in the column " Special terms and conditions" of the Comprehensive contract.</p> <p>11.3.1.2.2. with the sum insured for ME less than UAH 10,000 - coverage for the risk specified in clause 3.1.2, occurs within the sum insured for ME, unless otherwise specified in the column " Special terms and conditions" of the Comprehensive contract.</p> <p>11.3.1.2.3. Or within another limit, which is indicated in the column "Special conditions" of the Complex agreement under option "C".</p> <p>11.3.1.3. Medical care is provided on the basis of state, departmental and private treatment and prevention facilities. Medical care in private treatment and prevention facilities is provided by the direction and approval of the Insurer.</p> <p>11.3.2. In case of payment of insurance payment in foreign currency (euro, dollars USA), regardless of the currency of the sum insured:</p> <p>11.3.2.1 In the event of an insured event specified in clause 3.1.2 during the term of the contract, The Insurer pays the following costs within the limit of UAH 30,000 within the sum insured under the ME or within another limit, which is indicated in the column " Special terms and conditions " of the Comprehensive contract under option "C":</p> <p>The costs of emergency treatment are the costs incurred in providing emergency medical care to the Insured Person, and include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provision of emergency outpatient care in a medical institution or a certified doctor (diagnostic test for COVID-19, consultations, medical services, medicines) within 50% of the set limit.*; • provision of emergency inpatient care in medical institutions (or in an observatory) (Observatories are temporary health care institutions (specialized hospitals)) - (diagnostic tests for COVID-19, medical procedures, medical treatment, use of any necessary medical treatment) equipment, consulting services, the cost of stay in the wards, including resuscitation) - within the set limit.*; • organization and payment of the cost of emergency medical care provided by general and / or specialized ambulance crews - within the set limit.* <p>*Medical care is provided on the basis of state, departmental and private treatment and prevention facilities. Medical care in private treatment and prevention facilities is provided by the the direction and approval of the Insurer. In this case, all costs for all types of assistance together may not exceed the amount of the limit set by the option in paragraph 11.3.1.2., Paragraph 11.3.2.1.</p>
<p>12. ІНШІ УМОВИ.</p> <p>12.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення страхової виплати шляхом сплати отримувачу страхової виплати пені в розмірі 0,01% від суми несвочасно здійсненої страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який нараховується пеня.</p> <p>12.2. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвочасне виконання грошового зобов'язання шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвочасно виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який нараховується пеня.</p> <p>12.3. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.</p> <p>12.4. Сторони звільнюються від відповідальності, якщо причиною</p>	<p>12. MISCELLANEOUS</p> <p>12.1. The Insurer shall be financially liable for failure to duly pay the insurance indemnity by paying to the Policyholder (Beneficiary) the interest penalty equal to 0,01% of the delayed amount per day of delay but not more than double discount rate of the NBU effective for the delayed period.</p> <p>12.2. The Policyholder is liable for late performance of the monetary obligation by paying the Insurer a penalty of 0.01% of the amount of late performance of the obligation for each day of delay in performance of the monetary obligation, but not more than double the discount rate of the NBU the period for which the penalty is accrued.</p> <p>12.3. For failure to fulfill or duly fulfill other duties hereof, the Parties shall bear the liability as stipulated by the current laws of Ukraine.</p> <p>12.4. The Parties shall be released from the liability if they have failed to</p>

<p>невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства).</p> <p>12.5. Всі спори щодо невиконання або неналежного виконання умов Договору вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються в судовому порядку відповідно до законодавства України та підлягають розгляду за місцезнаходженням Страховика (м. Київ).</p> <p>12.6. Цей Договір укладається у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу.</p> <p>12.7. У випадках, не врегульованих Договором, Сторони керуються Правилами, а також іншими законодавчими актами України.</p> <p>12.8. Страхувальник/Застраховані особи надають Страховикові право на отримання інформації медичного характеру безпосередньо в медичних закладах, а також у медперсоналу медичних закладів.</p> <p>12.9. Підписанням цього договору Страхувальник/Застрахована особа підтверджує: отримання повідомлення про включення його персональних даних до бази персональних даних Страховика «КЛІЕНТИ»; надання згоди Страховику на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення, розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення його персональних даних з метою забезпечення реалізації відносин, що виникають з укладеного Договору, з метою формування статистичних даних, а також з метою організації поштових розсилок, розсилок SMS, Viber-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника в цілях надання інформації про виконання Договору, в маркетингових цілях передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших компаній фінансової групи Вієнна Іншуранс Груп в Україні; отримання повідомлення про права суб'єкта даних згідно Закону України «Про захист персональних даних»; отримання письмової згоди від страхувальника/застрахованої особи щодо обробки його персональних даних Страховиком та повідомлення страхувальника/застрахованої особи про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися персональні дані, особами, яким передаються ці дані, та права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».</p> <p>12.10. Підписанням Договору, Страхувальник підтверджує те, що йому до укладення зазначеного Договору Страховиком було надано інформацію, передбачену частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та він проінформував про це Застрахованих осіб.</p> <p>12.11. Страховик є платником податку на прибуток на загальних підставах згідно розділу III Податкового кодексу України. Згідно з підпунктом 196.1.3 пункту 196.1 статті 196 Податкового Кодексу України не є об'єктом оподаткування ПДВ операції з надання послуг із страхування.</p> <p>12.12. 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.</p> <p>Електронні дані - факти, концепції, інформація, 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.</p> <p>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.</p> <p>12.13. Незважаючи на будь-які інші умови цього Договору Страховик не надає страхове покриття, і не здійснює платежі будь-якого характеру та не надає послуги або виплати будь-якого характеру будь-якому Страхувальнику/Вигодонабувачу/Застрахованій особі/третій особі за цим Договором в тій мірі, в якій надання такого покриття, проведення страхової виплати або здійснення страхового відшкодування надаватиме Страховика будь-яким санкціям, заборонам або обмеженням згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічними санкціями, законами чи правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушуватиме будь-які норми чи конкретні закони України, що застосовуються до Страховика).</p> <p>12.14. Дані Умови складені англійською та українською мовами, у разі виникнення конфлікту між англійською версією цих Умов та будь-яким їх перекладом, україномовна версія матиме перевагу.</p>	<p>fulfill or duly fulfill their duties hereof due to the circumstances beyond their control (military operations, civil commotions, law changes).</p> <p>12.5. All the disputes as regard the failure to fulfill or duly fulfill duties hereof shall be settled by negotiations and, if needed, with the help of independent experts. If the disputes cannot be settled by negotiations, they shall be settled by court as required by the laws of Ukraine at the Insurer's place (Kyiv City).</p> <p>12.6. The Contract shall be signed in two counterparts which are equally authentic.</p> <p>12.7. In cases which are not settled hereby, the Parties shall be governed by the Rules and other legal regulations of Ukraine.</p> <p>12.8. The Policyholder/Insured Person shall empower the Insurer to receive medical information in medical facilities and from medical staff thereof.</p> <p>12.9. By signing this agreement, the Insured / Insured person confirms: receipt of the notification on inclusion of his / her personal data in the Insurer's personal data base "CLIENTS"; giving consent to the Insurer for processing (collection, registration, accumulation, storage, adaptation, change, renewal, use and distribution, distribution, sale, transfer), depersonalization, destruction of his personal data in order to ensure the implementation of the relationship arising from the Agreement, with for the purpose of generating statistical data, as well as for organizing mailings, SMS, Viber-messages and e-mails to the Insured's address in order to provide information on the implementation of the Agreement, for marketing purposes to transmit information and advertising messages about the Insurer's services and other services companies of the Vienna Insurance Group financial group in Ukraine; receiving a notification on the rights of the data subject according to the Law of Ukraine "On Personal Data Protection"; obtaining written consent from the Insured / Insured to process his / her personal data by the Insurer and notifying the Insured / Insured of the amount and purpose for which personal data will be processed, the persons to whom these data are transferred and the rights defined by the Law of Ukraine "On Personal Data Protection".</p> <p>12.10. By signing the Contract, the Policyholder confirms the Insurer has provided it with the information specified in the Law of Ukraine on Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets, Article 12 prior to the signing of the Contract and he informed the Insured about it.</p> <p>12.11. The insurer is a taxpayer for income on a general basis in accordance with Section III of the Tax Code of Ukraine. In accordance with subitem 196.1.3 of clause 196.1 of Article 196 of the Tax Code of Ukraine, the object of VAT taxation is not the operation for the provision of insurance services.</p> <p>12.12. In any case, no refunds are due, resulting from damage, destruction, distortion, erasure, damage to electronic data for any reason in any electronic / electromechanical equipment / equipment (IT system / computer, software, etc.), including but not limited to, a computer virus, as well as losses incurred directly or indirectly as a result of the loss of the use of the subject matter of the contract and the reduction of its functionality as a result of events as defined in this paragraph of the Contract.</p> <p>Electronic data are facts, concepts, information transformed into a form that can be used for communication, interpretation or processing with electronic / electromechanical equipment for processing data or electronically controlled equipment, and includes programs, software and other encoded instructions for manipulating or manipulating data, or for controlling and manipulating such equipment.</p> <p>A computer virus is a set of distorting, malicious or otherwise unauthorized instructions or code, including a set of abusively administered unauthorized instructions or software or other code that distributes itself through a computer system or through any type of network.</p> <p>12.13. Notwithstanding any other terms under this agreement, the Insurer shall not be deemed to provide cover and make any payments or provide any service or benefit to any Insurer (Customer) Beneficiary / Insured person / third party hereunder (under this Agreement) to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Ukraine or the United States of America (provided that this does not violate any regulation or specific Ukrainian law applicable to the Insurer).</p> <p>12.14. These Terms are drawn up in English and Ukrainian, in the event of a conflict between the English version of these Terms and any translation thereof, the Ukrainian version shall prevail</p>
---	--