

**Публічна пропозиція (Оферта) на укладення електронного договору добровільного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма VU (Договір).**

**Частина 2 Договору**

Ця Публічна пропозиція (Оферта) є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН», місцезнаходження: 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 96, телефон +38044 333 37 10, код ЄДРПОУ 35417298 (далі – Страховик/Сторона Договору), в особі Генерального директора Берліна Віктора Михайловича, що діє на підставі Статуту, невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов цієї Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти із Страховиком електронний договір добровільного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма VU (далі – Договір або електронний договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента).

Договір укладається на підставі Ліцензії на здійснення: добровільного страхування медичних витрат – серія АЕ номер 522648, строк дії з 16.10.2014 р. безстроково, та відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат №17 (нова редакція) від 10.12.2019р., зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг 11.01.2020р., Розпорядження №1 (далі – Правила), Закону України «Про страхування», із дотриманням вимог Законів України «Про туризм», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію» та згідно норм чинного законодавства. Правила розміщені на сайті Страховика за посиланням: <https://grdn.com.ua/licenzii/>.

**Загальні положення.**

**1. Загальні положення.**

**1.1.** Договір укладається на умовах цієї Публічної пропозиції (Оферти), яка розміщується на сайті Страховика <https://grdn.com.ua> та/або його партнера (агента), шляхом надання Страховиком пропозиції його укласти (Оферти) та прийняття її Клієнтом (акцепту) в інформаційно-телекомунікаційній системі (далі – ІТС) Страховика та/або його партнера (агента). Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливує зміну змісту на власному сайті Страховика та/або на сайтах партнерів (агентів).

**1.2.** Укладений за цією Публічною пропозицією (Офертою) Договір включає всі істотні умови та складається із:

- Частини 2, яка містить загальні умови Договору, викладені в цьому документі і розміщені на сайті Страховика та/або його партнера (агента), та
- Частини 1, яка містить індивідуальні умови для кожного Договору, які визначаються в електронному договорі страхування і до укладення Договору (акцепта) надаються Клієнту в електронному вигляді після заповнення в ІТС Страховика або його партнера (агента) заявки на страхування.

**1.3.** Надання Клієнту доступу до індивідуальних умов Договору (а саме: страхувальник, застраховані особи, вигодонабувач, розміри страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, страхового тарифу, страхового платежу, франшизи; строк та місце дії Договору) є підтвердженням отримання заявки Клієнта на страхування.

Відповідь Клієнта про прийняття пропозиції укласти договір страхування (акцепт) надається шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття такої пропозиції в електронній формі в ІТС, що підписується одноразовим ідентифікатором, та оплати страхового платежу у розмірі, визначеному умовами Договору страхування. Акцепт вважається наданим у момент вчинення останньої із зазначених дій.

**1.4.** Заповнення Клієнтом електронної заявки на страхування не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором у формулярі заяви (форми) Договір вважається неукладеним.

**1.5.** Одноразовий ідентифікатор надсилається Страховиком або його партнером (агентом) Страхувальнику СМС-повідомленням (чи іншим повідомленням на Viber, Telegram тощо) на телефонний номер Страхувальника та/або на електронну адресу, вказані ним при заповненні заявки

на страхування. При цьому підписання Страхувальником акцепту одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником договору страхування у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Договір страхування є укладеним з моменту отримання Страховиком акцепту Страхувальника, за умови надходження на рахунок Страховика відповідного страхового платежу.

**1.6.** Страхувальник підписує заяву (форму) про прийняття пропозиції укласти договір шляхом введення одноразового ідентифікатора в спеціально призначене для цього поле в ІТС Страховика або Партнера та підтвердження його введення шляхом натискання відповідної кнопки, в результаті чого електронний підпис Страхувальника додається до акцепту.

**1.7.** Після отримання акцепту Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний договір страхування у формі, що унеможлиблює спотворення його змісту, на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при заповненні заявки на страхування, або в інший спосіб за вибором Страхувальника, що дає змогу встановити дату відправлення.

**1.8.** Сторони узгодили, що направлення Страховиком Договору в електронному вигляді є належним врученням Договору Страхувальнику.

**1.9.** Страховик зобов'язується на письмову вимогу Страхувальника створити паперову копію Договору страхування, підписати, скріпити печаткою та надати Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

**1.10.** Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника.

**1.11.** Під час виконання зобов'язань за Договором страхування Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика [office@grdn.com.ua](mailto:office@grdn.com.ua) (далі – електронна адреса Страховика).

**1.12.** Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначені у ч.1 та ч.2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», шляхом розміщення їх на власному сайті у відкритому доступі за посиланням: <https://www.grdn.com.ua>, а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту Договору до його укладення.

**1.13.** Страхувальник шляхом надання акцепту підтверджує отримання зазначеної інформації та документів, а також те, що зазначена інформація та документи є повними та достатніми для правильного розуміння суті фінансової послуги.

**1.14.** Підписуючи Договір, сторони та їх уповноважені представники Сторін дають згоду (дозвіл) на обробку їх персональних даних, з метою підтвердження повноважень суб'єкта на укладання, зміну та розірвання Договору, забезпечення реалізації адміністративно-правових і податкових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та статистики, а також для забезпечення реалізації інших передбачених законодавством відносин. Представники Сторін підписанням Договору підтверджують, що вони повідомлені про свої права відповідно до ст.8 Закону України «Про захист персональних даних».

**1.15.** У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил, застосовуються умови, визначені Договором.

**1.16.** Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.

**1.17.** Сторони Договору не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.

**1.18. УМОВИ СТРАХУВАННЯ включають:**

- Розділ І. Умови добровільного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма VU;
- Розділ ІІ. Пам'ятка для Застрахованої особи.

**РОЗДІЛ І. Умови добровільного страхування медичних витрат іноземних громадян протягом перебування на території України, програма VU.**

## **2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ**

**2.1. Асистуюча компанія (Асистанс)** – юридична особа, в т.ч. її офіційні представники, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи під час настання подій,

передбачених Договором, а також організовує надання та оплату послуг Застрахованій особі на території України у разі настання страхового випадку.

**2.2. Бездіяльність** – невжиття заходів, нездійснення дій, які страхувальник міг та повинен був вжити та/або здійснити відповідно до правил, інструкцій, норм та інших нормативно-правових актів для запобігання настанню страхового випадку, зменшення розміру заподіяного збитку.

**2.3. Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку.

**2.4. Воєнні ризики** – за цим Договором до воєнних ризиків належать ризики, пов'язані із травматичним чи іншими ушкодженнями здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, обумовленого безпосередніми наслідками воєнних дій – вибухи бомб, снарядів, мін, пожежі, обстріли житлових районів, будівель та споруд мирної інфраструктури – на території дії Договору страхування, яка не включає в себе: території, з яких оголошено обов'язкову евакуацію, проведення військових навчань та/чи випробувань військової техніки/зброї.

**2.5. Гострий біль** – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, який у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

**2.6. Договір страхування** – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, укладена в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію», згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

**2.7. Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані людини (загрози життю та здоров'ю) та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

**2.8. Екстрене оперативне втручання** – операція, яку необхідно зробити негайно, коли найменша затримка може призвести до погіршення прогнозу, важких ускладнень та негативних наслідків для життя та здоров'я.

**2.9. Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до смерті Застрахованої особи чи значного та тривалого розладу здоров'я (інвалідності).

**2.10. Застрахована особа** – фізична особа, що в'їжджає на територію України та знаходиться під страховим захистом.

**2.11. ІТС** – інформаційно-телекомунікаційна система.

**2.12. Ліміт відповідальності Страховика** – грошові суми, в межах яких Страховик відповідно до умов страхування медичних витрат зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні Страхового випадку по окремим послугам чи видам медичної та/чи іншої пов'язаної з нею допомоги. Ліміт відповідальності може визначатися у відсотках від страхової суми, у кількості разів надання певного виду допомоги, у грошових коштах (Гривня).

**2.13. Місце постійного проживання** – місце/адреса, за якою Застрахована особа постійно проживає в країні її громадянства.

**2.14. Навмисні дії** – дії Страхувальника (Застрахованої особи), здійснюючи які він передбачає та свідомо завдає шкоди собі та/або третій особі.

**2.15. Найближчі родичі Застрахованої особи** – її чоловік (дружина), діти, батьки.

**2.16. Невідкладна стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при гострих розладах здоров'я внаслідок раптового гострого захворювання чи нещасного випадку, що загрожують його життю чи здоров'ю та потребують екстреної госпіталізації, інтенсивного лікування та цілодобового медичного нагляду протягом більше доби.

**2.17. Невідкладна стоматологічна допомога** – надання медичної послуги Застрахованій особі, спрямованої на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування при раптовому гострому захворюванні зубів та прилеглих

анатомічних структур.

**2.18. Нещасний випадок** – раптова, випадкова короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи. До нещасних випадків відносяться: травматичні ушкодження (травми), отримані Застрахованою особою (забій, переломи, вивихи, розриви і поранення) в побуті та/чи на виробництві, в результаті дорожньо-транспортної пригоди тощо; утоплення; опіки, відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), ліками, отруйними рослинами, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу); укуси тварин, отруйних комах, змій. Протиправні дії третіх осіб до нещасних випадків не належать в розумінні умов цього Договору.

**2.19. Партнер (агент)** – юридична або фізична особа, яка укладає договори страхування від імені та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору доручення (агентського договору).

**2.20. ПЛР (полімеразна ланцюгова реакція)** – метод, що дозволяє виявити в організмі людини наявність вірусу групи SARS (в т.ч. вірус COVID-19).

**2.21. Програма страхування** – це погоджений між Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування перелік послуг певного обсягу, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку та оплачуються Страховиком прямо чи опосередковано.

**2.22. Раптова хвороба (захворювання)** – раптове, непередбачуване, гостре погіршення стану здоров'я Застрахованої особи у зв'язку з несподіваною хворобою (включаючи раптове захворювання, викликане вірусом SARS-CoV-2(COVID-19) під час дії Договору), що становить пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи, та вимагає негайного медичного втручання (надання їй екстреної медичної допомоги). Екстрена медична допомога надається до усунення гострих проявів розладу здоров'я Застрахованої особи (зникає загроза життю Застрахованої особи і вона може бути переведена із відділення лікування невідкладних станів в інше відділення для подальшого стаціонарного та/або амбулаторного лікування).

**2.23. Репатріація тіла** – передбачає репатріацію тіла Застрахованої особи, якщо смерть настала внаслідок страхового випадку, до країни колишнього місця постійного проживання.

**2.24. Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональним та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

**2.25. Спадкоємець Застрахованої особи** – особа, яка отримує Страхову виплату за Договором на підставі документу, що встановлює право цієї особи на спадщину.

**2.26. Спорт** – змагальна діяльність, підготовка до неї, а також специфічні відносини, норми і досягнення, пов'язані з цією діяльністю.

**2.27. Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку згідно умов Договору. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнала Застрахована особа або витрат третіх осіб на надання допомоги Застрахованій особі, а також страхових сум і лімітів, встановлених умовами цього Договору.

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

**2.29. Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії такого договору, документально підтверджена, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у межах та обсязі умов та лімітів, передбачених Договором (Програмою страхування).

**2.30. Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору страхування.

**2.31. Страховий платіж** – плата за страхування, який Страхувальник зобов'язаний оплатити Страховику, згідно умов Договору.

**2.32. Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**2.33. Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**2.34. Страховик** – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Гардіан», ЄДРПОУ 35417298, яке за цим Договором зобов'язується здійснювати страхові виплати на визначених Договором умовах та за визначену винагороду (страховий платіж).

**2.35. Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування відносно себе або відносно інших осіб за їх згодою (далі – Застрахованих осіб). Страхувальник може бути одночасно Застрахованою особою.

**2.36. Строк дії Договору** – строк, на який укладається Договір, в межах строку дії якого Страховик забезпечує страховий захист Застрахованої особи протягом обумовленої у Договорі кількості днів перебування на території України (в поїздках, в подорожах).

**2.37. Тілесне ушкодження** – травма, поранення, опіки тощо, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час поїздки територією України протягом дії Договору, та потребують екстреної госпіталізації або невідкладного амбулаторного лікування.

**2.38. Форс-мажорні обставини** – на умовах цього Договору під форс-мажорними обставинами розуміють незвичайні і непередбачувані обставини поза контролем Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль.

**2.39. Франшиза** – визначена умовами Договору частина збитків, яка в будь-якому разі не відшкодовується Страховиком. На умовах Договору франшиза може бути передбачена як відсоток від страхової суми або як абсолютна грошова величина, яка не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку. Збитки, що перевищують розмір франшизи, оплачуються (відшкодовуються) Страховиком з вирахуванням розміру франшизи. Збитки, що не перевищують франшизи, не відшкодовуються Страховиком. Франшиза, встановлена в грошовій одиниці, відповідає грошовій одиниці страхової суми.

**2.40. Хронічне захворювання** (хвороба) – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

### **3. Предмет Договору.**

**3.1.** Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі за її згодою, а також медичними та додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Страхувальником чи Застрахованою особою подорожі (поїздки).

### **4. Строк і місце дії Договору.**

**4.1.** Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика) страхового платежу в розмірі, визначеному в електронному договорі страхування, та з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю при в'їзді на територію України і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Частині 1 Договору як дата закінчення строку дії Договору, але не пізніше моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України, якщо інші передбачені умовами Договору обставини не призвели до дострокового припинення його дії. Страхувальник має сплатити страховий платіж не пізніше 24-00 год. дня, що передує даті зазначеній в Частині 1 Договору як дата початку строку дії. У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

**4.2.** Місцем дії Договору є територія України (за виключенням АР Крим, м. Севастополь, населених пунктів у Донецькій та Луганській областях, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, і тих, які розташовані на лінії зіткнення згідно з переліком, затвердженим Розпорядженням КМУ від «07» листопада 2014 року № 1085 із змінами та доповненнями, а також територій, на яких фактично проводяться воєнні (бойові) дії, або тих, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), незалежно від включення таких територій у відповідні переліки, що затверджуються органами влади України).

### **5. Страхові ризики і страхові випадки.**

**5.1.** Страховими ризиками за цим Договором є подія, яка виникла під час дії Договору у зазначеному в ньому місці його дії, з наступного переліку:

5.1.1. захворювання (раптова хвороба) Застрахованої особи;

5.1.2. захворювання (раптова хвороба) Застрахованої особи, викликане вірусом COVID-19 і підтвержене результатами тесту ПЛР сертифікованої державної лабораторії з першим чи другим рівнем акредитації, наслідком чого стало понесення Застрахованою особою додаткових витрат на:

a. діагностику коронавірусної інфекції (COVID-19) методом ПЛР;

b. лікування гострого захворювання, викликаного коронавірусом COVID-19, якщо це підтверджено результатами відповідного тесту ПЛР;

c. обов'язкову обсервацію Застрахованої особи з метою запобігання поширення коронавірусу (COVID-19) після перетину нею державного кордону України;

5.1.3. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою;

5.1.4. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою внаслідок воєнних ризиків за визначенням п.2.4. цього Договору.

5.1.5. смерть Застрахованої особи внаслідок раптової хвороби або нещасного випадку.

**5.2.** Страховим випадком за Договором є подія, передбачена умовами п.5.1. Договору, що не підпадає під виключення або обмеження страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату шляхом відшкодування Асистансу або Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) витрат за надані медичні та додаткові послуги під час подорожі територією, зазначеною як місце дії Договору, у межах сум, лімітів, в обсязі та на умовах, передбачених Договором.

**5.3.** До витрат, вартість яких відшкодовується Страховиком за страховими випадками згідно цього Договору, належать лише витрати офіційно наданих платних медичних та інших послуг, оплата яких підтверджена оригінальними документами, оформленими із дотриманням усіх норм чинного законодавства України.

**5.4. Програма страхування VU включає такі медичні та додаткові послуги:**

5.4.1. Невідкладна (екстрена) стаціонарна допомога в медичних закладах (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, в т.ч. оперативних (екстрених, термінових) втручань, медикаментів, перев'язувальних матеріалів, засобів фіксації, перебування в палаті, харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі);

5.4.2. Невідкладна амбулаторна допомога в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій, діагностичних та лікувальних процедур, медикаментів, витратних медичних, в т.ч. перев'язувальних, матеріалів);

5.4.3. Оплата медикаментів, призначених для невідкладної допомоги, придбаних за призначенням лікаря та на підставі пред'явленого рецепту (за наявності підтвердження про оплату);

5.4.4. Невідкладна стоматологічна допомога – до 3000,00 (Трьох тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.4.5. Медичні перевезення за медичними показаннями: транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікаря або лікувального закладу;

5.4.6. Обов'язкова обсервація Застрахованої особи з метою запобігання поширення коронавірусу (COVID-19) після перетину нею державного кордону України;

5.4.7. Репатріація тіла Застрахованої особи до країни колишнього постійного місця проживання якщо смерть настала внаслідок випадку, який у відповідності до умов цього Договору є страховим випадком. Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт або митний пункт у країні колишнього постійного місця проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи. Всі заходи з репатріації тіла Застрахованої особи здійснюються за посередництвом Асистансу за рішенням Страховика та наявності письмової згоди родичів померлої Застрахованої особи. Страховик відшкодовує документально підтвержені витрати виключно за мінімально необхідним набором послуг з репатріації: витрати на оформлення необхідних документів, труну чи контейнер для міжнародного перевезення, катафалк, оплату перевезення до митного пункту, аеропорту в країні колишнього постійного проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на подальше транспортування (до місця колишнього постійного проживання, поховання та ін.) та ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштуванням місця поховання та ін., а також будь-які послуги, пов'язані з кремацією. Для організації репатріації тіла (останків) Застрахованої особи, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинний зв'язок із померлою Застрахованою особою, а також заяву-підтвердження про готовність забрати тіло (останки) померлого після

перевезення труни на митну територію країни колишнього постійного проживання Застрахованої особи.

**5.5.** В разі виникнення раптового захворювання, пов'язаного з SARS-CoV-2(COVID-19), під час дії Договору Страховик відшкодовує витрати на лікування щодо такого захворювання (у обсязі послуг, зазначених у вищенаведених підпунктах 5.4.1.-5.4.3. цієї Частини 2 Договору разом) у розмірі, що не перевищує 40000,00 (Сорок тисяч грн. 00 коп.) гривень – ліміт відповідальності Страховика на строк дії Договору. Витрати на діагностику (в т.ч. тестування, як первинне, так і повторне) з виявлення інфікування Застрахованої особи SARS-CoV-2(COVID19) відшкодовуються за умови наявності симптомів гострого захворювання, яке потребує надання Застрахованій особі екстреної медичної допомоги, та за призначенням лікаря;

**5.6.** В разі настання страхового випадку за ризиком згідно п.5.1.4. Договору відповідні витрати покриваються (відшкодовуються) в межах 220 000,00 (Двісті тисяч грн. 00 коп.) гривень.

**5.7.** Витрати на обов'язкову обсервацію покриваються в межах 5000,00 (П'яти тисяч грн. 00 коп.) гривень.

**5.8.** При лікуванні згідно п.5.4.1.-5.4.2. покривається надання екстреної та невідкладної медичної допомоги лише за основним захворюванням в медичних закладах державної та комунальної власності на стандартних умовах (в тому числі харчування та рівень палат в разі стаціонарного лікування).

**5.9.** Для осіб віком понад 70 (сімдесят) років передбачені ліміти відповідальності Страховика, а саме:

5.9.1. Ліміт згідно п.5.4.1. в межах 50 000,00 (П'ятдесят тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.9.2. Ліміт згідно п.5.4.2. в межах 10 000,00 (Десять тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.9.3. Ліміт згідно п.5.4.3-5.4.5. – витрати включаються в суми лімітів згідно п.5.9.1. та п.5.9.2.

5.9.4. Ліміт згідно п.5.4.7 в межах 50 000,00 (П'ятдесят тисяч грн. 00 коп.) гривень;

5.9.5. франшиза в розмірі 10% від суми страхової виплати за будь-яким страховим випадком.

## **6. Виключення із страхових випадків та обмеження страхування.**

**6.1. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату в разі, якщо:**

6.1.1. страхова подія відбулася до початку дії Договору, зокрема, інфікування Застрахованої особи на COVID-19 відбулося до початку дії страхового захисту;

6.1.2. у Застрахованої особи було встановлено лабораторно підтверджене інфікування COVID-19 в країні постійного проживання протягом 14 днів до початку подорожі;

6.1.3. строк обсервації перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати проведення Застрахованій особі тесту ПЛР, який лабораторно підтвердив її інфікування на COVID-19, у частині витрат за п'ятнадцятий та кожен наступний день обсервації;

6.1.4. до укладення Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати про невідворотність настання страхового випадку (наявність типових ознак захворювання до моменту укладення договору, віднесення місця постійного проживання Застрахованої особи до списку країн, щодо яких встановлено вимогу про обов'язкову обсервацію тощо).

**6.2. Страховик не відшкодовує витрати на:**

6.2.1. будь-яке тестування на COVID-19 при відсутності загрози життю Застрахованої особи та / або призначення лікаря та / або якщо таке тестування проведене не в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня;

6.2.2. витрати на лікування, обсервацію Застрахованих осіб при відсутності рекомендацій відповідних компетентних органів України по відношенню до конкретних Застрахованих осіб, зазначених в цьому Договорі;

6.2.3. витрати, що перевищують встановлені Договором ліміти відповідальності або страхову суму;

6.2.4. витрати пов'язані з наслідками та ускладненнями захворювання на COVID-19, якщо інфікування/захворювання Застрахованої особи почалось поза строком та/або місцем дії цього Договору;

6.2.5. витрати на лікування лабораторно підтвердженого захворювання на COVID-19 в медичних закладах, які не акредитовані відповідними компетентними органами України як ті, що мають інфекційне відділення і можуть надавати медичну допомогу при захворюванні на COVID-19, на час звернення до них Застрахованої особи;

6.2.6. витрати, пов'язані з діагностикою, лікуванням та/або обсервацією в разі, якщо Застрахована особа порушила правила особистої гігієни, особистої безпеки та правила поведінки в зонах відпочинку та/або громадських місцях, в тому числі рекомендовані Страховиком, туристичним

оператором, будь-яким іншим провайдером послуг та інструкції відповідних працівників (готелі, пляжі, супермаркети, громадські місця та організації тощо);

6.2.7. витрати, пов'язані з лікуванням гострої респіраторної інфекції, викликані коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19), якщо діагноз не підтверджено методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в державній сертифікованій лабораторії не нижче 2-го рівня акредитації;

6.2.8. витрати, пов'язані з лікуванням хвороби, діагноз якої вказано не у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб 10-го чи 11-го перегляду;

6.2.9. витрати на обсервацію, необхідність якої прямо не пов'язана з COVID-19 чи не передбачена нормативними документами як обов'язкова на момент виникнення такої потреби.

**6.3.** Страховик не відшкодовує медичні витрати пов'язані з лікуванням, якщо під час його отримання Застрахована особа не перебувала на території дії Договору.

**6.4.** Страховик не відшкодовує витрати на платне лікування в медичній установі або перебування на обсервації, а також будь-які додаткові витрати, які надаються Застрахованій особі безкоштовно або компенсуються третіми особами.

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

6.5.1. що сталися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними у встановленому законодавством порядку;

6.5.2. що виникли до дати початку або після дати закінчення строку дії Договору;

6.5.3. що сталися поза межами місця дії Договору;

6.5.4. зникнення Застрахованої особи безвісті.

**6.6.** В разі, якщо Страховику не надані всі передбачені умовами цього Договору документи, зокрема, до рахунків відсутні калькуляції вартості отриманих Застрахованою особою послуг (докладний перелік з визначенням виду послуг та їх вартості), сума страхової виплати по таких рахунках не може перевищувати 20% загальної вартості, вказаної в таких рахунках.

**6.7. Страховик не визнає страховими випадками та не здійснює страхові виплати, в т.ч. не відшкодовує витрати:**

6.7.1. на санаторно-курортне лікування, медичну реабілітацію та відновлювальну терапію, оздоровчі заходи;

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

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

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

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

6.7.6. на медичні чи інші послуги у зв'язку з раптовою хворобою або нещасним випадком, що стались внаслідок вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або вживання не призначених лікарем ліків, іншими випадками самолікування;

6.7.7. на діагностику та лікування в разі, якщо оплата таких послуг передбачена чи фактично здійснена будь-якими іншими особами та/чи за договорами, в тому числі за договорами страхування, будь-яким іншим видом забезпечення (соціальні виплати, робочі контракти, державна допомога, благодійна допомога тощо);

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

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

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

6.7.11. пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії або особою,



що не має права на здійснення медичної діяльності;

6.7.12. на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень;

6.7.13. на проведення лікарських експертиз, лабораторних, інструментальних чи інших діагностичних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком чи основним діагнозом;

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

6.7.15. на водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;

6.7.16. на лікування нетрадиційними методами, які не є офіційно загальноприйнятими;

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

6.7.18. на реабілітаційну терапію та фізіотерапію;

6.7.19. на будь-які поточні обстеження (зору, слуху, стану органів чи систем організму без прямих медичних показань з метою надання невідкладної допомоги);

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

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

#### **6.8. Не підлягають відшкодуванню витрати на лікування та діагностику:**

6.8.1. захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки;

6.8.2. станів та/чи захворювань, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, а також захворювань чи хворобливих станів, що мали місце після повернення Застрахованої особи до постійного місця проживання;

6.8.3. захворювань, які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки за кордон;

6.8.4. захворювань та/чи станів, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;

6.8.5. захворювань, виникнення яких могло бути попереджене завчасною вакцинацією;

6.8.6. без наданого лікарем відповідної кваліфікації документально підтвердженого призначення на їх прийом (медикаментів), проведення (обстежень), застосування (методів лікування);

6.8.7. будь-яких хронічних захворювань (незалежно від стадії) і хворобливих станів та їх наслідків, що почались ще під час перебування в країні постійного проживання (незалежно від часу діагностування), крім випадків надання медичної допомоги в зв'язку з гострим болем та/чи в обсязі, необхідному для рятування життя Застрахованої особи за наявності прямої загрози життю Застрахованої особи;

6.8.8. захворювань чи станів, лікування та діагностику за якими можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до повернення в країну постійного місця проживання можливо замінити курсом консервативного лікування та/чи наданням першої допомоги, т.п.;

6.8.9. вроджених аномалій, вад розвитку, хромосомних аномалій та прямих наслідків і ускладнень цих захворювань/станів;

6.8.10. дерматовенерологічних захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, гострих та хронічних гепатитів, СНІДу, а також всіх захворювань і станів, викликаних ВІЛ-інфекцією чи порушенням системи імунітету будь-якого іншого генезу;

6.8.11. психіатричних та/чи психотерапевтичних захворювань та розладів, шизофренії, епілепсії, деменції, всіх видів психозів та будь-яких порушень психічного стану;

6.8.12. нервових, неврологічних захворювань, епілептичних чи інших судомних приступів та їх наслідків;

6.8.13. будь-яких новоутворень (доброякісних та/або злоякісних), онкологічних захворювань, їх наслідків та ускладнень; туберкульозу (незалежно від форми) та його ускладнень;

6.8.14. захворювань дихальної та/чи серцево-судинної систем з використанням сцинтиграфії, ехокардіографії, КТ, ангіографії, з застосуванням будь-яких оперативних (хірургічних) методів лікування, в т.ч., видалення тромбів/тромботичних мас, ангіопластикою за допомогою стента (стентування), накладанням анастомозів, шунтів, пластикою судин, дефектів клапанів та перегородок тощо;

6.8.15. захворювань периферійних судин, зокрема, варикозна хвороба, геморої, облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз та будь-які його ускладнення, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність тощо;

6.8.16. гіпертонічної хвороби, симптоматичної гіпертензії, вегетативної (нейроциркуляторної) дистонії, енцефалопатії будь-якого генезу, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в обсягах першої/невідкладної допомоги (купірування кризу);

- 6.8.17. будь-яких вікових дегенеративно-дистрофічних змін та їх ускладнень, зокрема, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз (будь-яка форма) тощо;
- 6.8.18. будь-яких колагенозів (системних захворювань сполучної тканини) та їх наслідків;
- 6.8.19. будь-яких аутоімунних та/або системних демієлінізуючих захворювань чи станів та їх ускладнень;
- 6.8.20. захворювань крові та кровотворних органів незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень;
- 6.8.21. мікозів будь-якої локалізації та/чи дерматологічних захворювань незалежно від форми (гострі, хронічні);
- 6.8.22. алергічних захворювань та станів, окрім першої допомоги при анафілактичному шоці;
- 6.8.23. будь-яких захворювань ендокринної системи незалежно від форми (гострі, хронічні) та їх ускладнень, зокрема, цукрового діабету (будь-якого типу), будь-яких порушень гормонального стану;
- 6.8.24. травматичних ушкоджень, зумовлених нестабільністю суглобів чи повторними травматичними ушкодженнями (звичними вивихами);
- 6.8.25. епідемічних та пандемічних хвороб, окрім раптового захворювання на SARS-CoV-2(COVID-19);
- 6.8.26. ГРВІ, грипу, будь-яких вірусних інфекцій/захворювань, а також харчових отруєнь – за відсутності симптомів гіпертермії (температури тіла 38,0 і вище) та/чи зневоднення, що вимагає інфузійної терапії;
- 6.8.27. сонячних опіків, теплових ударів, алергічних реакцій на сонячне випромінювання, окрім виникнення гострої небезпеки для життя Застрахованої особи, що стало прямим показанням до невідкладної госпіталізації з подальшим стаціонарним лікуванням саме за цим діагнозом (без урахування супутніх);
- 6.8.28. отитів, видалення сірчаних пробок;
- 6.8.29. гострої та хронічної променевої хвороби.
- 6.9. Не відшкодовуються витрати, пов'язані із:**
- 6.9.1. трансплантацією органів та/чи тканин незалежно від діагнозу та/чи медичних показань;
- 6.9.2. проведенням будь-яких пластичних, а також косметичних чи естетичних оперативних втручань;
- 6.9.3. будь-яким видом протезування;
- 6.9.4. зі зміною статі та/чи психологічними/психічними розладами, та/чи будь-якими гендерними проблемами;
- 6.9.5. використанням і підбором коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв чи виробів медичного призначення (протезів, окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів тощо); ортопедичних засобів та посібників (бандажі, корсети, ортези, ортопедичне взуття, милиці, м'який медичний інвентар тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених чи відсутніх органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції та пристосування для металостеосинтезу тощо);
- 6.9.6. будь-якою вакцинацією, її наслідками, будь-якими її ускладненнями;
- 6.9.7. медичними перевезеннями, діагностикою, лікуванням будь-яких наслідків страхового випадку в будь-якій іншій країні (на території будь-якої іншої країни), ніж та, що зазначена як місце дії Договору в Частині 1 Договору.
- 6.10. Не визнаються страховими випадками події, які сталися внаслідок:**
- 6.10.1. Громадських заворушень, страйків, надзвичайного стану, бойових, військових (оголошена війна чи неоголошена) дій будь-якого роду і їх наслідків, масових безпорядків, повстань та будь-яких інших акцій громадської непокори, терористичних актів, форс-мажорних подій, дії ядерного інциденту та/чи іонізуючого випромінювання та/чи радіоактивного забруднення, а також порушення норм екологічної безпеки, незалежно від характеру участі Застрахованої особи у таких подіях, окрім нещасних випадків внаслідок воєнних ризиків за визначенням п.2.4. цієї Частини 2 Договору.
- 6.10.2. Постійної, регулярної, тривалої дії чи раптового викиду, розливу, переміщення газів та газоподібних речовин, парів, променів, рідин, вологи, кислот, хімічних сполук або будь-яких, в тому числі неатмосферних, опадів (сажа, кіптява, дим, пил та ін.) та інших забруднюючих речовин;
- 6.10.3. Дії стихійних лих та/чи явищ (повені, смерчі, урагани, штормові бурі, землетрус, виверження вулканів, зливи, гради тощо);
- 6.10.4. Навмисних дій/бездіяльності або необережності Застрахованої особи та/або зацікавлених третіх осіб, що призвело до настання страхового випадку, а також здійснення або спроби здійснення

Застрахованою особою злочинних дій або порушення нею законів, встановлених норм, медичних призначень, санітарних і проти-епідеміологічних рекомендацій тощо. Під необережністю розуміється, що особа:

6.10.4.1. передбачала можливість настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), і ставилася до цього байдуже або легковажно розраховувала на те, що вони не настануть;

6.10.4.2. не передбачала можливості настання небезпечних наслідків своїх дій (або бездіяльності), хоча повинна була та мала таку можливість;

6.10.5. Невиконання Застрахованою особою (Страховальником) офіційних рекомендацій органів влади країни громадянства/підданства Застрахованої особи та Страховика щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, пов'язаних із раптовим захворюванням на SARS-CoV-2(COVID-19);

6.10.6. Вчинення самогубства або спроби самогубства Застрахованою особою, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що має бути доведено документально відповідними компетентними органами;

6.10.7. Скоєння будь-якого правопорушення на території України, яке визнається таким за нормами чинного законодавства України та/чи спроби здійснення протиправних дій Застрахованою особою (Страховальником, Вигодонабувачем), які знаходяться в причинно-наслідковому зв'язку зі страховим випадком;

6.10.8. Нараження Застрахованої особи (Страховальника) на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя) – свідомого перебування в місцях, задалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини, та/чи участь у проведенні будь-яких небезпечних робіт та/чи небезпечних видах відпочинку/розваг тощо;

6.10.9. Порушення Застрахованою особою (її представником) правил техніки безпеки, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху, норм етики, моралі тощо;

6.10.10. Вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря або якщо під час настання події з ознаками страхової Застрахована особа знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря; Самолікування та/чи лікування особою, яка не має відповідної ліцензії на здійснення лікувальної діяльності;

6.10.11. Виконання Застрахованою особою будь-якого виду фізичної роботи та/чи будь-якої роботи по найму, роботи на небезпечних ділянках (водії, гірники, будівельники, електромонтажники, тощо);

6.10.12. Заняття професійним чи аматорським спортом або будь-якими видами активного відпочинку чи дозвілля, якщо такі ризики не були окремо передбачені та визначені у цьому Договорі та за якими сплачені відповідні додаткові страхові платежі;

6.10.13. Польоту Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування таким апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажирів на літаку цивільної авіації, який виконувався професійним пілотом;

6.10.14. Аварії, якщо транспортним засобом керувала Застрахована особа, не маючи посвідчення водія відповідної категорії чи знаходячись під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин чи перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, а також, якщо вона, задалегідь про це знаючи, їхала у транспортному засобі, яким керувала особа, що не мала посвідчення водія відповідної категорії чи знаходилась під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин чи перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;

6.10.15. Спроби Застрахованої особи у встановленні рекордів швидкості або участі у такого роду змаганнях;

6.10.16. Участі Застрахованої особи у автоперегонах або інших змаганнях (чи підготовці до них) на землі, воді або у повітрі в якості водія, капітана, пілота чи їх помічника, а також наїзника на тваринах;

6.10.17. Виконання обов'язків піротехніка, професійного водолаза, фокусника або дресирувальника тварин (за винятком сплати Страховальником додаткового страхового платежу);

6.10.18. Участі Застрахованої особи у таких небезпечних для життя видах діяльності як стрибки з парашутом (як із літаків, так і з веж або інших об'єктів (вольтижування), стрибки з використанням еластичного троса, походи в екстремальних умовах, участь у пошукових або інших експедиціях у зони з екстремальними природно-кліматичними умовами (гірська місцевість) або в географічно віддалені регіони;

6.10.19. Полювання;

6.10.20. Активні види відпочинку/дозвілля, зокрема: з використанням будь-яких механічних, електричних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Застрахована особа сплатила проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, а також занять різноманітними видами боротьби, боксу, гірського, лижного, велосипедного, водного, пішохідного туризму, спелеотуризму та іншими аналогічними видами відпочинку/дозвілля;

**6.11.** На страхування не приймається особа, яка на момент укладення Договору хворіє на: захворювання сполучної тканини; вади серця; хронічні серцево-судинні захворювання незалежно від ступеню недостатності кровообігу; гепатити (В,С,D); цироз печінки; туберкульоз; цукровий діабет; гломерулонефрит; хронічну ниркову недостатність; менінгіт; енцефаліт; розсіяний склероз; епілепсію; паркінсонізм; злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз тощо), психічні захворювання, розлади чи пограничні стани; венеричні захворювання; СНІД, ВІЛ-інфекцію; захворювання та/чи патологічні стани, причиною яких стало вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, медикаментів без призначення лікаря. Якщо виявиться, що на дату укладення цього Договору Страхувальник (Застрахована особа) була такою особою, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страховий платіж підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.

**6.12.** За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, шкода навколишньому природному середовищу, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода, шкода, заподіяна третім особам, будь-які інші непрямі збитки, витрати, не передбачені цим Договором тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, окрім тестування на COVID-19 методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня, за результатами якого виявлено гостру респіраторну інфекцію, викликану коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19).

**7. Дії Страхувальника/Застрахованої особи в разі настання випадку з ознаками страхового та перелік документів, які підтверджують факт та обставини випадку.**

**7.1.** В разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа має діяти відповідно до Пам'ятки Застрахованій особі, наведеній в Розділі II цієї Частини 2 Договору.

**7.2.** В разі самостійної оплати Страхувальником/Застрахованою особою за проведене Застрахованій особі лікування, яке було попередньо погоджене з Асистуючою компанією, для отримання страхової виплати у вигляді відшкодування понесених витрат в межах лімітів цього Договору Страхувальник/Вигодонабувач має протягом 15 календарних днів з дня закінчення лікування надати Страховику повний пакет належним чином оформлених документів відповідно до переліку:

7.2.1. Заяву про страхову виплату за формою Страховика;

7.2.2. Копію Договору (примірник Страхувальника);

7.2.3. Документи для проведення ідентифікації особи-одержувача страхової виплати, передбачені чинним законодавством України (копії):

- документа, що посвідчує особу одержувача виплати,
- реквізити рахунку отримувача виплати (Застрахована особа/Вигодонабувач), відкритого в національній валюті в банківській установі, яка створена і діє відповідно до законодавства України;
- довідки державної податкової адміністрації про присвоєння ідентифікаційного номера одержувачу виплати (за наявності);

7.2.4. Документи для підтвердження права на отримання страхової виплати (в разі отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи):

- оформлена в установленому порядку довіреність від Застрахованої особи отримувачу виплати;
- документи для проведення ідентифікації особи-одержувача страхової виплати;

7.2.5. Для відшкодування витрат, понесених у зв'язку з отриманням медичної допомоги, надається:

- Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027-о), засвідчена підписом і печаткою лікаря, підписом посадової особи та круглою печаткою медичного закладу;
- Акт наданих медичних послуг із докладною калькуляцією їх вартості;
- Рахунок на оплату медичних послуг та оригінал квитанції банку або інший розрахунковий документ про його оплату;

- Медичний документ із переліком призначених для лікування медикаментів, засвідчений підписом і печаткою лікаря, підписом посадової особи та круглою печаткою медичного закладу (рецепт, перелік тощо);
- Фіскальний чек або інший розрахунковий документ, що підтверджує факт оплати за медикаменти (в разі, якщо у фіскальному чеку не зазначені назви медикаментів, їх кількість та форма випуску, то до фіскального чеку додається відповідний товарний чек);
- оригінал результатів дослідження на наявність у Застрахованої особи вірусу групи SARS (COVID-19) методом ПЛР сертифікованої державної лабораторії з першим чи другим рівнем акредитації – в разі страхового випадку за ризиком згідно п.5.1.2. цієї Частини 2 Договору;
- оригінал офіційного протоколу, довідки, акту або іншого документу, виданого компетентними органами, який підтверджує факт, причини та обставини настання нещасного випадку – в разі, якщо втрати на лікування пов'язані з наслідками нещасного випадку.

7.2.6. У разі отримання медичних та інших послуг у приватному закладі охорони здоров'я або у приватного підприємця (фізичної особи – СПД, суб'єкта господарювання) додатково надаються копії:

- витягу із ЄДР;
- Ліцензії на здійснення медичної практики;
- свідоцтва платника податків.

7.2.7. Для відшкодування витрат, понесених у зв'язку із обсервацією:

- оригінал документу про обов'язкову обсервацію Застрахованої особи у зв'язку з COVID-19, виданий уповноваженим органом України.
- рахунок на оплату послуг обсервації та відповідний акт наданих послуг з зазначенням назви та переліку таких послуг;
- фіскальний чек або квитанція банку, інший розрахунковий документ, які підтверджують оплату отриманих послуг.

7.2.8. В разі смерті Застрахованої особи також надаються:

7.2.8.1. оригінал або нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

7.2.8.2. оригінал чи нотаріально засвідчена копія лікарського свідоцтва про смерть із повним посмертним діагнозом, встановленим за результатами розтину, а саме: безпосередня причина смерті (хвороба, яка привела до смерті, або ускладнення основного захворювання); основні первинні захворювання, які визвали чи обумовили безпосередню основну причину смерті; інші хвороби, які негативно вплинули на перебіг основного захворювання, але причинно не пов'язані із захворюванням або його ускладненням, що безпосередньо є причиною смерті;

7.2.8.3. протокол розтину (витяг) та результати токсикологічного дослідження на момент смерті Застрахованої особи;

7.2.8.4. оригінали документів щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи, в тому числі документів, які підтверджують оплату таких послуг (квитанції банку);

7.2.8.5. оригінал чи нотаріально завірену копію документу про право на отримання страхової виплати;

7.2.9. Додаткові документи за обґрунтованою вимогою Страховика в залежності від характеру страхового випадку.

7.2.10. Всі зазначені вище документи або визначені Страховиком залежно від характеру випадку надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звіряння копій цих документів з їх оригіналами.

7.2.11. Якщо необхідні визначені цим Договором документи для здійснення страхової виплати надані в неповному обсязі та/або оформлені неналежним чином чи з порушенням передбачених норм, то Страховик повідомляє про це письмово одержувача страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів, а рішення про здійснення страхової виплати або відмову її здійснити приймається після отримання всіх (останнього) необхідних належним чином оформлених документів.

## **8. Умови і порядок здійснення страхової виплати.**

**8.1.** При настанні страхового випадку Страховик в межах страхової суми та з урахуванням умов Програми страхування та/чи лімітів відповідальності, встановлених в цьому Договорі, страхову виплату/виплату страхового відшкодування може здійснювати:

8.1.1. Шляхом оплати послуг, що надаються Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку, через Асистуючу компанію на умовах відповідного договору доручення (договору про

надання послуг) на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовам цього Договору, або

**8.1.2.** Застрахованій особі (Страховальнику, Вигодонабувачеві) за умови попереднього погодження з Асистуючою компанією отриманих Застрахованою особою та сплачених нею (Страховальником, Вигодонабувачем) послуг в межах, визначених цим Договором.

**8.2.** Якщо Застрахована особа (її представник) не узгодить із Асиансом чи Страховиком виставлений медичним закладом рахунок до його самостійної оплати, то сума страхової виплати здійснюється Страховиком в розмірі, що не перевищує 4000,00 (Чотири тисячі грн. 00 коп.) гривень.

**8.3.** Якщо репатріацію тіла Застрахованої особи здійснила третя особа без погодження із Асистуючою компанією (Страховиком), то Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на репатріацію особі, яка понесла такі витрати, але не більше ніж в сумі еквіваленту 1500,00 Євро по курсу НБУ на дату настання страхового випадку.

**8.4.** Страхові виплати Застрахованій особі (Страховальнику, Вигодонабувачеві) здійснюються у національній валюті України у безготівковій формі або іншим способом, не забороненим чинним законодавством України, за погодженням із Страховиком.

**8.5.** Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, вказаних у цьому Договорі, які підтверджують або спростовують факт та обставини настання страхового випадку і розмір збитків, наданих в порядку, передбаченому умовами цього Договору по кожному конкретному виду страхування.

**8.6.** Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання страхового акту або, в разі виплати згідно п.п.8.1.1. п.8.1. п.8 цієї Частини 2 Договору, в інший термін, передбачений відповідним договором доручення (договором про надання послуг).

**8.7.** Повідомлення про відмову у страховій виплаті Страховик направляє Страховальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

**8.8.** Для отримання страхової виплати Страховальник/Застрахована особа/Вигодонабувач повинен надати Страховику документи, зазначені в п.7.2. цієї Частини 2 Договору.

**8.9.** Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору на підставі страхового акту та пакету документів, передбачених умовами цього Договору.

**8.10.** Здійснення страхової виплати проводиться за випадками, які у відповідності до умов цього Договору визнаються страховими, в межах страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, визначених цим Договором.

**8.11.** Страхові виплати за цим Договором здійснюються Застрахованій особі (її уповноваженому представнику) шляхом зарахування на її поточний рахунок, відкритий в національній валюті України в банківській установі, суми страхової виплати, визначеної згідно умов цього Договору, в національній валюті України.

**8.12.** Розмір страхової виплати визначається на підставі документів, які підтверджують фактично здійснені Застрахованою особою (її уповноваженим представником) витрати на передбачені умовами цього Договору медичні та інші послуги, що стали необхідними внаслідок настання страхового випадку, з урахуванням обмежень та лімітів Договору.

**8.13.** Для отримання страхової виплати Застрахована особа (її уповноважений представник) має надати всі необхідні передбачені умовами цього Договору належно оформлені документи протягом 10 (десяти) днів з дати їх отримання (закінчення лікування, завершення отримання послуг).

**8.14.** Страховик після отримання всіх необхідних передбачених умовами цього Договору належно оформлених документів приймає рішення щодо здійснення страхової виплати чи відмови у її здійсненні протягом 10 (десяти) робочих днів і протягом наступних 10 (десяти) робочих днів проводить страхову виплату або письмово повідомляє про причину відмови з обґрунтуванням такої причини.

**8.15.** В разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин настання заявленого випадку та/або розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за власний рахунок. В разі проведення незалежної експертизи за рахунок Страховальника і за її результатами визнання Страховиком події страховим випадком сума вартості такої експертизи збільшує розмір страхової виплати за таким випадком в межах страхової суми.

**8.16.** Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні у разі, якщо:

8.16.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) становить період отримання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але не може перевищувати 6 (шість) календарних місяців з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, передбачених умовами Договору;

8.16.2. На підставі наданих документів неможливо встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку та/або розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право проводити незалежне розслідування або експертизу, в тому числі за участю незалежних фахівців (експертів), які мають відповідно до законодавства України належні повноваження. Строк відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) в цьому разі становить період проведення Страховиком незалежного розслідування або експертизи, але не може перевищувати 6 (шість) календарних місяців з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, передбачених умовами цього Договору;

8.16.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

**8.17.** У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпорядку) ЛПУ, медичних призначень, лікувально-організаційного режиму ЛПУ Страховик вправі відмовити Застрахованій особі у відшкодуванні відповідних понесених витрат.

**8.18.** Після здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (розмір страхової суми та відповідних лімітів) зменшується на розмір здійсненої виплати. Загальна сума страхових виплат по Договору при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати розміру страхової суми та лімітів, визначених умовами Договору.

## **9. Причини відмови у страховій виплаті.**

**9.1.** Причинами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

9.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку;

9.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або особою, на користь якої укладений Договір, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

9.1.3. Надання Страхувальником (особою, яка має право на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

9.1.4. Неповідомлення Страховика про змінення обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеню страхового ризику;

9.1.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання події, що має ознаки страхового випадку, у передбачений Договором строк або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

9.1.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених умовами цього Договору;

9.1.7. Настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та/або обмеженням страхування згідно умов Розділу 6 цього Договору;

9.1.8. Інші випадки, передбачені законом.

## **10. Права та обов'язки сторін**

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

10.1.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами, отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору;

10.1.2. Звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;

10.1.3. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та на умовах, передбачених Договором;

10.1.4. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору та/або його дострокове припинення на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;

10.1.5. Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору на підставі письмового звернення до Страховика про видачу дублікату;

10.1.6. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір у судовому порядку.

**10.2.** Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.2.1. При укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, передбачені умовами Договору;

10.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору;

10.2.4. Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;

10.2.5. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;

10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору, та в подальшому виконувати рекомендації Страховика;

10.2.7. Зберігати Договір та додатки до нього у разі їхньої наявності і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг;

10.2.8. Виконувати всі взяті на себе за цим Договором зобов'язання;

10.2.9. Якщо після здійснення страхової виплати за Договором виявиться обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати, повернути Страховику отриману страхову виплату протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

10.2.10. Страхувальник зобов'язаний при укладенні Договору на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

**10.3.** Страховик має право:

10.3.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору, у будь-який момент його дії;

10.3.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до умов Договору;

10.3.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору та/або його дострокове припинення на визначених ним умовах;

10.3.4. Робити запити для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, пов'язаного із настанням події (в т.ч. тієї, яка є лікарською таємницею), яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ і організацій, що можуть володіти такою інформацією, з метою отримання відповідної інформації та документів;

10.3.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною та/або медичною таємницею;

10.3.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати чи відмову у її здійсненні у випадках та на умовах, передбачених цим Договором;



10.3.7. Вимагати від Страхувальника повернення здійсненої страхової виплати якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) на підставі умов Договору права на отримання страхової виплати (повністю або частково).

#### **10.4. Страховик зобов'язаний:**

10.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;

10.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування);

10.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений умовами Договору строк;

10.4.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір або внести зміни до його умов;

10.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом;

10.4.6. Виконувати всі взяті на себе за цим Договором зобов'язання.

#### **11. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору.**

11.1. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно чинного законодавства України.

11.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальникові (Застрахованій особі) пені в розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості.

#### **12. Порядок зміни і припинення дії договору.**

12.1. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться лише протягом періоду його дії за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткової угоди чи додаткового договору до Договору, що є невід'ємною частиною Договору..

12.2. Для внесення змін у Договір Сторона-ініціатор має надати письмову заяву не пізніше ніж за 30 днів до дати передбачуваних змін до цього Договору. Якщо інша Сторона не згодна із внесенням запропонованих змін Договір продовжує свою дію на попередніх умовах або на передбачених ним умовах припиняє свою дію.

12.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

12.3.1. за вимогою однієї із Сторін із дотриманням визначених Договором умов його дострокового припинення;

12.3.2. закінчення строку дії Договору;

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

12.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.3.5. смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;

12.3.6. прийняття судового рішення про визнання договору недійсним;

12.3.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

12.4. В разі вимоги однієї із Сторін щодо дострокового припинення дії Договору Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховик або Страхувальник), направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 20 (двадцять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься згідно з частиною 3 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 50% страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

12.6. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних

витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 50% страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

**12.7.** Розрахунок між Сторонами у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків: здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату.

**12.8.** Для здійснення виплати належної до повернення частини страхового платежу при достроковому припиненні Договору чи його анулюванні (визнання неукладеним) до моменту набрання ним чинності за ініціативою Страхувальника останній має надати Страховику наступні документи (копії):

- a. Договір (Частинну 1);
- b. Документи для проведення ідентифікації особи-одержувача частини страхового платежу, передбачені чинним законодавством України (копії):
- c. документа, що посвідчує особу одержувача виплати,
- d. реквізити рахунку отримувача виплати (Застрахована особа/Вигодонабувач), відкритого в національній валюті в банківській установі, яка створена і діє відповідно до законодавства України;
- e. довідки державної податкової адміністрації про присвоєння ідентифікаційного номера одержувачу виплати (за наявності).

**12.9.** Строк виплати належної до повернення частини страхового платежу при достроковому припиненні Договору становить 30 (тридцять) робочих днів з дати припинення строку дії Договору, за умови, що на дату припинення дії Договору немає неврегульованих Страховиком заявлених Страхувальником збитків за Договором.

### **13. Інші умови та підписи сторін.**

**13.1.** Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов цього Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

**13.2.** Страховик, керуючись нормами статті 207 Цивільного кодексу України та ст.12 Закону України «Про електронну комерцію», пропонує будь-яким дієздатним фізичним особам, що визначаються згідно з умовами преамбули цієї Публічної пропозиції (Оферти), застосовувати, з метою укладання між такою фізичною особою та Страховиком угоди, використання аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами та наведені в цьому пункті 13.

**13.3.** У разі акцепту цієї Публічної пропозиції (Оферти) фізичною особою, що визначається згідно з умовами Частини 1 Договору страхування, Договір, укладений з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:

13.3.1. вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором;

13.3.2. не з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;

13.3.3. при повному розумінні Сторонами природи правочину, що вчиняється, прав та обов'язків Сторін, що виникають на підставі цього Договору;

13.3.4. при повному розумінні Сторонами всіх обставин, що мають істотне значення для укладення та виконання цього Договору.

**13.4.** Ця Публічна пропозиція (Оферта) про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки акцептована Страхувальником шляхом підписання ним Договору є угодою про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки в Договорі.

**13.5.** Цивільне законодавство, зокрема Цивільний кодекс України допускає можливість, а Закон України «Про страхування» не забороняє використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання, електронного підпису або іншого аналога власноручного підпису, в т.ч. за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідного аналога їхніх власноручних підписів. Укладаючи цей договір, Страхувальник/Застрахована особа дає свою згоду використовувати при вчиненні правочинів факсимільне відтворення підпису вказаної(-них) нижче уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика як аналога її/їхніх власноручних підписів на Страховому полісі та інших документах, пов'язаних із виконанням чи зміною, припиненням Договору страхування, а Страховик, в свою чергу, погодився з можливістю використовувати факсимільне відтворення підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика.

**13.6.** Зразок відповідного аналога власноручного підпису уповноваженої(-них) особи/осіб Страховика наступний:

Генеральний директор ТДВ «СК «ГАРДІАН»

В.М. Берлін

(Зразок підпису уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)



## **РОЗДІЛ II. ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ.**

**14.** При настанні події, передбаченої умовами Договору, Застрахована особа або особа, яка представляє інтереси Застрахованої особи (родич, друг, знайомий, співробітник Застрахованої особи, керівник або член туристичної групи, працівник медичного закладу, лікар тощо) зобов'язана(ий) негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання події, в будь-який час доби, повідомити про настання такої події Асистуючу компанію (сервісну службу Страховика) та отримати інформацію щодо подальших дій засобами зв'язку, зазначеними в Частині 1 Договору. Повідомлення має містити:

- назву Страхової компанії, номер Договору страхування та строк його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи; точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- територію дії Договору страхування;
- розмір страхової суми, розмір франшизи та назву Програми страхування;
- наявність/відсутність будь-якого іншого страхування, іншого безоплатного забезпечення медичними послугами (їх частиною);
- опис того, що трапилось;
- відповіді на питання представника Асистуючої компанії.

**15.** При зверненні до представників Асистуючої компанії Застрахована особа (її представник) мають поводитись етично, не застосовувати нецензурну лексику, не підвищувати голос. При порушенні таких норм Асистуюча компанія / Страховик залишає за собою право припинити обслуговування та виконання своїх зобов'язань в частині організації та/чи надання медичному чи іншому закладу гарантії оплати медичної та/чи іншої передбаченої умовами Договору допомоги. Подальше врегулювання заявленого випадку проводиться шляхом самостійної оплати Застрахованою особою (її повноважним представником) всіх медичних та інших витрат з наступним наданням Страховику повного належно оформленого пакету документів, передбачених умовами Договору, для вирішення питання щодо здійснення страхової виплати (компенсації понесених витрат / їх частини) чи відмови у її здійсненні.

**16.** Застрахована особа (її представник) мають виконувати рекомендації представника Асистуючої компанії та узгоджувати з ним всі свої дії, пов'язані з отриманням допомоги. За вимогою Асистуючої компанії Застрахована особа (або її представник) має надати документи, що підтверджують її особу та документально підтвердити строк та підстави свого перебування на території України, зокрема:

- Договір страхування або його копію;
- копію всіх сторінок закордонного паспорту Застрахованої особи з відмітками про перетин кордону;
- копію документу, що засвідчує підстави та мету перебування на території України.

**17.** В разі, якщо звернення до Асистуючої компанії зафіксовано в неробочий час (вечірній, нічний час, вихідні чи святкові дні), Асистуюча компанія може рекомендувати Застрахованій особі (її представнику) самостійну оплату первинної невідкладної медичної допомоги, в тому числі до встановлення клінічного діагнозу, з подальшим вирішенням у робочий час питань надання гарантій оплати на подальше лікування та відшкодування витрат на первинну невідкладну медичну допомогу.

**Public proposal (the Offer) for conclusion of an electronic agreement on voluntary insurance of medical expenses of foreign citizens during their stay on the territory of Ukraine, the VU program (the Agreement).**

**Part 2 of the Agreement**

This Public proposal (the Offer) is an official offer of the ADDITIONAL LIABILITY COMPANY INSURANCE COMPANY GUARDIAN, location: 01032, Kyiv, 96, Saksaganskogo St., tel: +38044 333 37 10, USREOU code 35417298 (hereinafter referred to as ‘the Insurant/Party to the Agreement’), represented by General Director Viktor Mikhailovich acting on the basis of the Charter, to an indefinite circle of consumers – capable individuals (hereinafter referred to as ‘the Clients’, and after acceptance of the terms of this Offer – ‘the Insurant/Party to the Agreement’) to conclude with the Insurer an electronic agreement on voluntary insurance of medical expenses of foreign citizens during their stay on the territory of Ukraine, the VU program (hereinafter referred to as ‘the Agreement’ or ‘an electronic insurance agreement’) using the information and telecommunication system (hereinafter referred to as ‘ITS’) of the Insurer and/or its partner (agent).

The Agreement is concluded on the basis of the License for the implementation of: voluntary insurance of medical expenses - series AE number 522648, valid from 16 October 2014 indefinitely, and in accordance with Rules for voluntary insurance of medical expenses No. 17 (new edition) dated 12 October 2019. Registered by the National Commission responsible for state regulation of financial services markets on 11 January 2020, Resolution No. 1 (hereinafter referred to as ‘the Rules’), the Ukrainian Law “On Insurance”, in compliance with the requirements of the Ukrainian Laws “On Tourism”, “On Electronic Documents and Electronic Document Management”, “On electronic digital signature” and “On electronic commerce” and in accordance with the norms of the current legislation. The rules are posted on the website of the Insurer at the link: <https://grdn.com.ua/licenzii/>.

**General provisions.**

**2. General provisions.**

**17.1.** The Agreement is concluded on the terms of the Public proposal (the Offer), posted on the website of the Insurer <https://grdn.com.ua> and/or its partner (agent) via providing by the Insurer an offer to conclude it (the Offer) and accepting it by the Client (acceptance) in the information and telecommunication system (hereinafter – ‘ITS’) of the Insurer and/or its partner (agent). The Insurer provides full access to the persons to whom the proposal to conclude an electronic agreement is addressed to the documents containing the terms of the Agreement and to the proposal itself in the form, which makes it impossible to change the content on the Insurer’s own website and/or on the websites of partners (agents).

1.2. The Agreement concluded under this Public proposal (the Offer) includes all essential terms and consists of:

- Part 2, which contains the general terms of the Agreement, set forth in this document and posted on the website of the Insurer and/or its partner (agent), and
- Part 1, which contains individual conditions for each agreement, that are determined in the electronic insurance agreement and before concluding the Agreement (acceptance), are provided to the Client in the electronic form after filling in the ITS of the Insurer or its partner (agent) an application for insurance.

a. Providing the Client with access to the individual terms of the Agreement (namely: the insurant, the insured persons, the beneficiary, the amount of the insured sum and limits of liability of the Insurer, the insurance rate, the insurance payment, the franchise; the term and place of the Agreement) is a confirmation of receipt of the Client’s application for insurance.

The Client’s response on acceptance of the proposal to conclude an insurance agreement (acceptance) is provided by filling in the application form (form) for acceptance of such an offer in electronic form in the ITS, which is signed by a one-time identifier, and paying the insurance payment in the amount specified by the terms of the Insurance agreement. Acceptance is deemed to have been given at the time of performing the last of the said actions.

b. Filling in an electronic application for insurance by the Client does not oblige it to conclude the Agreement; in the absence of the Insurant’s electronic signature by means of a one-time identifier in the application form (form), the Agreement is considered as not concluded.

c. The one-time identifier is sent by the Insurer or its partner (agent) to the Insurant by SMS message (or other message on Viber, Telegram, etc.) to the telephone number of the Insurant and/or to the email address

specified by him when filling in the application for insurance. At the same time, the signing of the acceptance by the Insurant via one-time identifier is considered to be the proper signing of the insurance agreement by the Insurant in accordance with the requirements of Article 12 of the Ukrainian Law “On Electronic Commerce”. The insurance agreement is concluded from the moment of receiving by the Insurer the Insurant’s acceptance, if the relevant insurance payment is transferred to the Insurer’s account.

d. The Insurant signs an application (form) on accepting the offer to conclude an agreement by entering a one-time identifier in the field specially designed for this in the ITS of the Insurer or Partner and confirming its entry by pressing the appropriate button, as a result of which the Insurant’s electronic signature is attached to the acceptance.

e. After receiving the acceptance, the Insurer sends to the Insurant the electronic insurance agreement concluded by him in a form that makes it impossible to distort its content, to the e-mail of the Insurant specified by him when filling in the application for insurance, or in another way at the option of the Insurant, allowing to set the date of sending.

f. The Parties agreed that sending by the Insurer the Agreement in electronic form is the proper service of the Agreement to the Insurant.

g. The Insurer undertakes, at the written request of the Insurant, to create a paper copy of the Insurance agreement, to sign, seal and provide the Insurant in the manner specified by him within 5 (five) business days from the date of receipt of such a request.

h. The Insurer reserves the right to refuse to accept the risk for insurance without giving reasons. The fact of the Insurer’s refusal to accept the risk for insurance is the failure of the Insurer or its insurance agent to send a one-time identifier to the Insurant’s mobile phone or e-mail.

i. When fulfilling obligations under the Insurance agreement, the Parties may use each other’s email addresses for correspondence. The Insurant may send an email to the email address of the Insurer [office@grdn.com.ua](mailto:office@grdn.com.ua) (hereafter – ‘email address of the Insurer’).

j. The Insurer provides the Client with the documents and information specified in Article 12(1) and Article 12(2) of the Ukrainian Law “On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets” for its familiarization by posting them on its own website in the public domain at the link: <https://www.grdn.com.ua> as well as by providing for familiarization the full text of the Agreement prior to its conclusion

k. The Insurant, by providing an acceptance, confirms the receipt of the mentioned information and documents, as well as the fact that the mentioned information and documents are complete and enough for a correct understanding of the essence of the financial service.

l. By signing the Agreement, the parties and their authorized representatives give their consent (permission) to the processing their personal data in order to confirm the authority of the individual to conclude, amend and terminate the Agreement, ensure the implementation of administrative-legal and tax relations, relations in the field of accounting and statistics, and also to ensure the implementation of other relations provided for by law. Representatives of the Parties by signing the Agreement confirm that they are notified of their rights in accordance with Article 8 of the Ukrainian Law “On the Protection of Personal Data”.

m. In case of inconsistencies between the provisions of the Agreement and the provisions of the Rules, the conditions specified by the Agreement are applied.

n. The terms not stipulated by this Agreement are regulated by the current legislation of Ukraine.

o. The Parties to the Agreement may not transfer rights and (or) obligations under this Agreement without the written consent of the other Party.

p. TERMS OF INSURANCE include

- Section I. Terms of voluntary insurance of medical expenses of foreign citizens during their stay on the territory of Ukraine, the VU program;
- Section II. Reminder for the Insured person.

## **SECTION I. TERMS OF VOLUNTARY INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES OF FOREIGN CITIZENS DURING THEIR STAY ON THE TERRITORY OF UKRAINE, THE VU PROGRAM.**

### **3. TERMINOLOGY AND DEFINITION**

**2.1. Assistance company (Assistance)** – a legal entity, incl. its official representatives, which acts on behalf and at the request of the Insurer and coordinates the Insured Person’s actions at the time of occurrence of the events stipulated by the agreement, as well as organizes the provision and payment of services to the Insured Person on the territory of Ukraine in case of an insured event.

**2.2. Omission** - failure to take measures, failure to take actions that the insurant could and should have taken and/or carried out in accordance with the rules, instructions, norms and other regulatory legal acts to prevent the occurrence of an insured event, reduction of the amount of caused damage.

**2.3. Beneficiary** - an individual or legal entity specified by the Insurant (with the consent of the Insured person) in the insurance agreement as a person entitled to receive an insurance payout in case of an insured event.

**2.4. Military risks** - according to this Agreement, military risks include risks associated with traumatic or other damage to health of the Insured person as a result of an accident caused by the direct consequences of military actions - explosions of bombs, shells, mines, fires, shelling residential areas, buildings and facilities of civilian infrastructure - on territory of operation of the Insurance Agreement, which does not include: territories from which mandatory evacuation has been announced, military exercises and/or testing of military equipment/weapons.

**2.5. Acute pain** - a reaction of the human nervous system to an external or internal stimulus, which, if emergency medical care is not provided, may lead to the development of a pain shock, which will pose a threat to the life of the Insured Person.

**2.6. Insurance agreement** - a written agreement between the Insurer and the Insurant, concluded in the manner prescribed by the Ukrainian Law "On Electronic Commerce", according to which the Insurer undertakes to make an insurance payout in case of occurrence of an insured event, and the Insurant undertakes to pay the insurance payment within a certain period of time and fulfill other terms of the insurance contract.

**2.7. Emergency medical care** - medical care, which consists in the implementation by employees of the emergency medical care system of urgent organizational, diagnostic and therapeutic measures aimed at saving and preserving life of a person in an emergency state of a person (threat to life and health) and minimizing the consequences of the impact of such a state on its health.

**2.8. Emergency surgery** - an operation that should be done immediately, when the slightest delay can lead to a worsening prognosis, serious complications and negative consequences for life and health.

**2.9. Threat to life and health** - a situation or state of the Insured Person, in which the failure to provide the immediate emergency medical care may lead to the death of the Insured Person or a significant and long-term health disorder (disability).

**2.10. The insured person** - an individual entering the territory of Ukraine and being under insurance protection.

**2.11. ITS** – information and telecommunication system.

**2.12. Limit of liability of the Insurer** - amounts of money within which the Insurer, in accordance with the terms of insurance of medical expenses, is obliged to make the Insurance payout in case of occurrence of the Insured event on certain services or types of medical and/or other related assistance. The limit of liability can be determined in percent of the insured sum, in the number of times of a certain type of assistance is rendered, in cash (UAH).

**2.13. Place of permanent residence** – the place/address where the Insured person permanently resides in the country of his/her citizenship.

**2.14. Intentional actions** - actions of the Insurant (the Insured person), by committing which it assumes and deliberately causes damage to it and a third party.

**2.15. The closest relatives of the Insured Person**- his/her husband (wife), children, parents.

**2.16. Emergency inpatient care** - a set of medical services provided to the Insured person in case of acute health disorders due to a sudden acute illness or accident that threaten his life or health and require emergency hospitalization, intensive treatment and round-the-clock medical supervision for more than a day.

**2.17. Emergency dental care** - the provision of a medical service to the Insured Person, aimed at slowing down the pathological process or its extreme elimination, without subsequent recovery treatment in case of a sudden acute illness of teeth and nearby anatomical structures.

**2.18. Accident** - a sudden, random short-term event, independent of the will of the Insured Person, which actually occurred and resulted a health disorder or death of the Insured Person. Accidents include: traumatic injuries (traumas) received by the Insured person (bruises, fractures, dislocations, ruptures and wounds) in daily life and/or at work, as a result of a traffic accident, etc.; drowning; burns, frostbite; electric shock or

lightning strike; accidental acute poisoning with chemicals (household or industrial), drugs, poisonous plants, poor-quality food (with the exception of food poisoning - dysentery, salmonellosis); bites of animals, poisonous insects, snakes. Illegal actions of third parties do not apply to accidents within the meaning of the terms of this Agreement.

**2.19. Partner (agent)** - a legal or an individual concluding insurance agreement on behalf of and at the request of the Insurer on the basis of a relevant agency agreement.

**2.20. PCR** (polymerase chain reaction) - a method that allows to indicate the presence of a virus of the SARS group in the human body (including the COVID-19 virus).

**2.21. The insurance program** - a list of services of a certain amount agreed between the Insurer and the Insurant in the Insurance agreement, provided to the Insured person in case of occurrence of an insured event and paid by the Insurer directly or indirectly.

**2.22. Sudden disease (illness)** - a sudden, unpredictable, acute deterioration of the state of health of the Insured Person due to an unexpected disease (including a sudden illness caused by the SARS-CoV-2(COVID-19) virus during the validity of the Agreement), which poses a direct threat to life and health of the Insured person and requires immediate medical intervention (provision of emergency medical assistance to him). Emergency medical care is provided to eliminate the acute manifestations of the health disorder of the Insured person (the threat to the life of the Insured person disappears and it can be transferred from the emergency department to another department for subsequent inpatient and/or outpatient treatment).

**2.23. Repatriation of the body** - involves the repatriation of the body of the Insured person, if the death occurred as a result of an insured event, to the country of the former place of residence.

**2.24. Health disorder** - a state of physical ill-being associated with functional and organic damage to organs and systems of the body.

**2.25. Heir of the Insured person** – a person who receives the Insurance payout under the Agreement on the basis of a document establishing the right of this person to inheritance.

**2.26. Sport** - a competitive activity, preparation for it, as well as specific relationships, norms and achievements associated with this activity.

**2.27. Insurance payout** - the amount of money paid by the Insurer in case of occurrence of an insured event in accordance with the terms of the agreement. The insurance payout may not exceed the amount of direct loss suffered by the Insured person or expenses of third parties to provide assistance to the Insured person, as well as the insured sums and limits established by the terms of this Agreement.

**2.28. Insured sum** - the amount of money within which the Insurer, according to the terms of the Insurance agreement, is obliged to make a payment in case of the occurrence of an insured event.

**2.29. Insured event** - an event stipulated by the insurance agreement that occurred during the validity of such agreement, documented, in case of occurrence of which the Insurer's obligation to make an insurance payout within the limits and in the amount of conditions and limits provided for by the Agreement (Insurance program) arises.

**2.30. Insurance protection** - a set of obligations of the Insurer to the Insurant in accordance with the terms of the Insurance agreement.

**2.31. Insurance payment** – payment for insurance, which the Insurant is obliged to pay to the Insurer in accordance with the terms of the Agreement.

**2.32. Insured risk** - a certain event, in case of which insurance is carried out and which has signs of probability and randomness of occurrence.

**2.33. Insurance rate** - a rate of the insurance payment from the unit of the insured sum for a certain period of insurance.

**2.34. Insurer** – Additional Liability Company Insurance Company Guardian, USREOU 35417298, which under this Agreement undertakes to make insurance payouts on the terms specified in the Agreement and for a certain remuneration (insurance payment).

**2.35. Insurant** - a capable natural person who has concluded an insurance agreement with the Insurer in respect of himself or in respect of other persons with their consent (hereinafter referred to as 'the Insured Persons'). The Insurant may be the Insured person at the same time.

**2.36. Term of the Agreement** - the period of time for which the Agreement is concluded, within the

validity period of which the Insurer provides insurance protection for the Insured Person during specified in the agreement number of days of staying on the territory of Ukraine (on trips, journeys).

**2.37. Bodily Injury** – trauma, wounds, burns, etc., received by the Insured Person as a result of an accident that occurred during a trip through the territory of Ukraine during the validity of the Agreement, and which require emergency hospitalization or urgent outpatient treatment.

**2.38. Force majeure circumstances** - under the terms of this Agreement, force majeure circumstances are understood as unusual and unpredictable circumstances beyond the control of the Insurant, the consequences of which could not have been avoided even with the greatest efforts.

**2.39. Franchise** – part of the losses determined by the terms of the Agreement, which is not reimbursed by the Insurer in any case. Under the terms of the Agreement, the franchise may be provided as a percentage of the insured sum or as an absolute monetary value not reimbursed by the Insurer in case of occurrence of an insured event. Losses exceeding the franchise are paid (reimbursed) by the Insurer minus the franchise. Losses not exceeding the franchise is not reimbursed by the Insurer. The franchise set out in monetary unit corresponds the monetary unit of the insured sum.

**2.40. Chronic illness (disease)** - a disease with a primary course of more than 6 (six) months or annual periods of exacerbations, or identified resistant (not disappearing during the remission period) morphological changes and functional disorders of tissues and organs.

### **3. Subject matter of the Agreement.**

**3.1.** The subject matter of this Agreement are property interests that do not contradict the law, related to the life, health of the Insurant or a third party (the Insured person), determined by the Insurant in the Agreement with its consent, as well as medical and additional expenses directly related to the occurrence of an insured event when making by the Insurant or the Insured person a journey (a trip).

### **4. Term and place of the Agreement.**

**4.1.** The Agreement enters into force from 00:00 Kyiv time on the date specified in Part 1 of the Agreement as the date of commencement of the validity of the Agreement, but not earlier than 00:00 on the day following the day of receipt by the Insurer (the representative of the Insurer, an authorized person of the Insurer) of the insurance payment in the amount specified in the electronic insurance agreement, and from the moment when the Insurant (the Insured person) passes the border control while entering the territory of Ukraine and is valid until 24:00 Kyiv time on the date specified in Part 1 of the Agreement as the date of expiration of the agreement, but no later than the moment when the Insured person passes the border control when leaving the territory of Ukraine, unless other circumstances stipulated by the terms of the Agreement led to early termination of its validity. The Insurant should pay the insurance payment no later than 24-00 on the day preceding the date specified in Part 1 of the Agreement as the date of commencement of the validity period. If the Insurant fails to pay the payment within a certain period, the Agreement is considered to be uncompleted.

**4.2.** The place of operation of the Agreement is the territory of Ukraine (with the exception of the Autonomous Republic of Crimea, Sevastopol, settlements in the Donetsk and Lugansk regions, on the territory of which state authorities do not temporarily exercise their powers, and those located on the contact line in accordance with the list approved by Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1085 dated 7 November 2014, with amendments and supplements, as well as territories where military (combat) actions are actually carried out, or which are in temporary occupation, encircled (blockaded), regardless of whether such territories are included in the relevant lists approved by the authorities of Ukraine).

### **5. Insured risks and insured events.**

**5.1.** The insured risk under this Agreement is an event that occurred during the validity of the Agreement in the place of its operation specified in it, from the following list:

5.1.1. illness (sudden disease) of the Insured Person;

5.1.2. illness (sudden disease) of the Insured Person caused by the COVID-19 virus and confirmed by the results of a PCR test of a certified state laboratory with the first or second level of accreditation, which resulted incurring by the Insured Person additional expenses for:

d. diagnosing the coronavirus infection (COVID-19) by PCR;

e. medical treatment of an acute illness caused by the coronavirus COVID-19, if confirmed by the results of an appropriate PCR test;

f. mandatory observation of the Insured Person in order to prevent the spread of the coronavirus (COVID 19) after crossing the state border of Ukraine;



- 5.1.3. an accident that happened to the Insured Person;
- 5.1.4. an accident that happened to the Insured Person as a result of military risks as defined in para 2.4. of Part 2 of the Agreement;
- 5.1.5. death of the Insured Person as a result of a sudden disease or an accident;
- 5.2.** An insured event under the Agreement is an event provided for by the conditions of para. 5.1. of the Agreement that is not subject to exception or limitation of insurance that has happened and with the occurrence of which the Insurer's obligation to make an insurance payout by compensation to the Assistance or the Insurant (the Insured Person, the Beneficiary) of expenses for provided medical and additional services while traveling through the territory specified as the place of operation of the Agreement, within the sums, limits, in the amount and on the conditions provided for by the Agreement arises.
- 5.3.** The expenses, the cost of which is reimbursed by the Insurer for the insured events according to this Agreement, are included only the expenses of officially provided paid medical and other services, the payment of which is confirmed by original documents drawn up in compliance with all the norms of the current legislation of Ukraine.

**5.4. The VU insurance program includes the following medical and additional services:**

- 5.4.1. Urgent (emergency) inpatient care in medical institutions (payment for consultations, diagnostic and treatment procedures, including surgical (emergency, interventions, medicines, dressings, means of fixation, stay in the ward, food during staying in the inpatient facility according to standards adopted in this medical institution);
- 5.4.2. Emergency outpatient care in a medical institution or by a certified doctor (payment for consultations, diagnostic and treatment procedures, medicines, medical consumables, including dressings);
- 5.4.3. Payment for medicines intended for emergency care, purchased on the basis of a doctor's prescription and on the basis of provided prescription (if there is a confirmation of payment);
- 5.4.4. Emergency dental care – not exceeding UAH 3000.00 (Three thousand hryvnias);
- 5.4.5. Medical transportation for medical reasons: transportation of the Insured Person by ambulance to the nearest doctor or medical institution;
- 5.4.6. Mandatory observation of the Insured Person in order to prevent the spread of coronavirus (COVID-19) after crossing the state border of Ukraine;
- 5.4.7. Repatriation of the body of the Insured person to the country of the former permanent place of residence, if the death occurred as a result of an event that, in accordance with the terms of this Agreement, is an insured event. The final destination of the repatriation route is the airport or the customs post in the country of the former permanent residence, where the coffin with the body of the deceased Insured person arrives. All measures for the repatriation of the body of the Insured Person are carried out through Assistance upon the decision of the Insurer and the written consent of the relatives of the deceased Insured Person. The Insurer reimburses documented expenses exclusively for the minimum required set of repatriation services: expenses for processing the necessary documents, a coffin or container for international transportation, a hearse, payment for transportation to a customs post, an airport in the country of former permanent residence. At the same time, the Insurer does not reimburse the costs of further transportation (to the place of former permanent residence, burial, etc.) and funeral services (services related to the organization of burial and arrangement of the burial place, etc., as well as any services related to cremation To organize the repatriation of the body (remains) of the Insured Person, the relatives of the deceased person must as soon as possible provide the Insurer with properly executed documents confirming the relationship with the deceased Insured Person, as well as a confirmation application on ability to pick up the body (remains) of the deceased person after the coffin has been transported to the customs territory of the country of former permanent residence of the Insured Person.
- 5.5.** In the event of a sudden illness associated with SARS-CoV-2 (COVID-19), during the validity of the Agreement, the Insurer reimburses the expenses for treating such an illness (in the scope of services specified in sub-paras. 5.4.1.-5.4.3 above of this Part 2 of the Agreement together) in an amount not exceeding UAH 40,000.00 (Forty thousand hryvnias) - the Insurer's liability limit for the validity of the Agreement. Expenses for diagnostics (including testing, both primary and repeated) to detect infection of the Insured Person with SARS-CoV-2 (COVID19) are reimbursed if there are symptoms of an acute illness requiring the provision of emergency medical assistance to the Insured Person, and upon doctor's prescription;
- 5.6.** In case of occurrence of an insured event under a risk in accordance with para. 5.1.4. of the Agreement, the relevant expenses are covered (reimbursed) within UAH 220,000.00 (Two hundred thousand hryvnias).

**5.7.** The expenses of mandatory observation are reimbursed within UAH 5000.00 (Five thousand hryvnias).

**5.8.** When treating according to paras. 5.4.1.-5.4.2. the provision of emergency and urgent medical care is covered only for the main illness in medical institutions of state and municipal property on standard conditions (including food and the level of wards for inpatient treatment).

**5.9.** For persons over 70 (seventy) years old, the limits of liability of the Insurer are provided, namely:

5.9.1. Limit according to para. 5.4.1. within UAH 50,000.00 (fifty thousand hryvnias);

5.9.2. Limit according to para. 5.4.2. within UAH 10,000.00 (ten thousand hryvnias);

5.9.3. Limit according to paras. 5.4.3-5.4.5. – expenses are included in the amount of limits in accordance with para. 5.9.1. and para. 5.9.2.

5.9.4. Limit according to para. 5.4.7 within UAH 50,000.00 (Fifty thousand hryvnias);

5.9.5. franchise in the amount of 10% of the amount of insurance payout for any insured event.

## **6. Exceptions from the insured events and limitation of insurance.**

### **6.1. The Insurer is released from the obligation to make an insurance payout if:**

6.1.1. the insured event occurred before the validity of the Agreement, in particular, the infection of the Insured person with COVID-19 occurred before the start of the insurance protection;

6.1.2. the Insured person has a laboratory-confirmed infection with COVID-19 in the country of permanent residence during 14 days before the start of the trip;

6.1.3. the observation period exceeds 14 (fourteen) calendar days from the date of the PCR test made to the Insured Person, which laboratory confirmed its infection with COVID-19, in part of the expenses for the fifteenth and each subsequent day of observation;

6.1.4. before conclusion of the Insurance agreement, the Insurant (the Insured Person) knew or should have known about the inevitability of the occurrence of an insured event (the presence of typical signs of illness before conclusion of the agreement, the inclusion of the place of permanent residence of the Insured Person in the list of countries in respect of which the requirement for mandatory observation has been established, etc.).

### **6.2. The Insurer does not reimburse expenses for:**

6.2.1. any testing for COVID-19 in the absence of a threat to the life of the Insured person and/or the appointment of a doctor and/or if such testing was not carried out in a certified state laboratory with an accreditation level of at least level 2;

6.2.2. expenses for treatment, observation of the Insured Persons in the absence of recommendations from the relevant competent authorities of Ukraine in relation to specific Insured Persons specified in this Agreement;

6.2.3. expenses exceeding the liability limits established by the Agreement or the insured sum;

6.2.4. expenses related to the consequences and complications of the COVID-19 illness, if the infection/illness of the Insured Person began outside the term and/or place of operation of this Agreement;

6.2.5. expenses for the treatment of a laboratory-confirmed COVID-19 illness in medical institutions that are not accredited by the relevant competent authorities of Ukraine as having an infectious department and can provide medical care in case of COVID-19 illness, at the time the Insured Person contacts them;

6.2.6. expenses related to diagnostics, treatment and/or observation in the event that the Insured person has violated the rules of personal hygiene, personal safety and rules of conduct in recreation areas and/or public places, including those recommended by the Insurer, tour operator, any other service provider and instructions of the relevant workers (hotels, beaches, supermarkets, public places and organizations);

6.2.7. expenses related to the treatment of an acute respiratory infection caused by the SARS-CoV-2 coronavirus (COVID-19), if the diagnosis is not confirmed by the method of gene diagnostics (PCR diagnostics of viral RNA) in a state certified laboratory of at least accreditation of level 2;

6.2.8. expenses related to the treatment of a disease, the diagnosis of which is not indicated in accordance with the International Classification of Diseases of the 10th or 11th revision;

6.2.9. expenses for observation, the need for which is not directly related to COVID-19 or is not provided for by regulatory documents as mandatory at the time of such a need.

6.3. The Insurer does not compensate for medical expenses related to treatment, if at the time of its receipt the Insured Person was not in the territory of operation of the Agreement.

6.4. The Insurer does not reimburse the expenses for paid treatment in a medical institution or stay under observation, as well as any additional expenses provided to the Insured Person free of charge or compensated by third parties.

**6.5. Effect of the insurance protection does not apply and the following situations/events are not recognized as insured:**

6.5.1. occurred during the stay of the Insured Person in places of temporary detention, arrest, detaining, imprisonment, as well as during arrest, detention and other operational investigative actions, except when such detention, arrest, imprisonment is recognized as illegal in the manner prescribed by law;

6.5.2. arising before the date of commencement or after the expiration date of the validity of the Agreement;

6.5.3. occurred outside the place of operation of the Agreement;

6.5.4. disappearance of the Insured person without a trace.

6.6. If the Insurer has not been provided with all the documents stipulated by the terms of this Agreement, in particular, there are no cost calculations for the services received by the Insured Person (a detailed list with specifying the type of services and their cost), the insurance payout sum under such bills cannot exceed 20% of the total cost indicated in such bills.

**6.7. The Insurer does not recognize as insured events and does not make insurance payouts, incl. does not reimburse expenses:**

6.7.1. for sanitary and resort treatment, medical rehabilitation and rehabilitation therapy, recreational activities;

6.7.2. that exceed the necessary, when the state of health of the Insured person has improved so much (under medical indications) that it by itself or accompanied by another person, can return to the place of permanent residence;

6.7.3. expenses and losses due to the inability to work, participate in journey, excursions, for booking tickets and places in hotels, etc.;

6.7.4. associated with artificial insemination, infertility treatment, measures to prevent pregnancy, treatment of any menstrual irregularities and/or reproductive and/or sexual functions;

6.7.5. associated with pregnancy, premature birth (miscarriage, threatened miscarriage, etc.) and their complications, childbirth and their complications, abortion, except when the abortion was medically necessary as a result of an accident or complications of an ectopic pregnancy;

6.7.6. for medical or other services in view of a sudden disease or accident that occurred as a result of the use of alcohol, narcotic or toxic substances, or the use of medicines not prescribed by a doctor, other cases of self-medication;

6.7.7. for diagnostics and treatment in the event that payment for such services is provided for or actually carried out by any other persons and/or under agreements, including insurance agreements, other types of security (social benefits, employment contracts, state assistance, charitable assistance, etc.);

6.7.8. for paid treatment in a medical institution, as well as any expenses if the Insured person is entitled to free medical care;

6.7.9. dental care that exceeds what is needed to eliminate the acute pain and the risk of serious complications;

6.7.10. related to the provision of services that are not medically necessary or treatment not prescribed by a doctor;

6.7.11. related to the provision of services by a medical institution that does not have an appropriate license or a person who does not have the right to carry out medical activities;

6.7.12. to carry out disinfection, preventive vaccinations, injections, vaccinations;

6.7.13. to conduct medical examinations, laboratory, instrumental or other diagnostic studies not related to the insured event or the main diagnosis;

6.7.14. related to the provision of additional comfort, namely: TV, telephone, air conditioning, hairdresser, massage therapist, beautician, taxi, etc.;

6.7.15. for hydrotherapy, heliotherapy and cosmetic treatment;

6.7.16. for treatment with non-traditional methods that are not officially generally accepted;

6.7.17. for the treatment of the Insured Person by relatives and care for it, regardless of whether they are medical employees;

6.7.18. for rehabilitation therapy and physiotherapy;

6.7.19. for any current examinations (vision, hearing, condition of organs or body systems without direct medical indications for the purpose of providing emergency care);

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

6.7.21. associated with ritual attributes and burial ritual or the Insured person.

**6.8. The following expenses for treatment and diagnostics are not subject to payout:**

- 6.8.1. illnesses not treated on the day of the start of the trip;
- 6.8.2. states and/or illnesses that occurred before the beginning of the insurance period and/or in the territory of the permanent place of residence, as well as illnesses or diseases that occurred after returning of the Insured Person to the permanent place of residence;
- 6.8.3. illnesses that are medically contraindicated for travel abroad;
- 6.8.4. illnesses and/or states when the journey was made with the intent to receive treatment;
- 6.8.5. illnesses, the occurrence of which could be prevented by premature vaccination;
- 6.8.6. without a documented prescription provided by a doctor of appropriate qualification for their intake (medicines), conduct (examinations), use (treatment methods);
- 6.8.7. any chronic illnesses (regardless of the stage) and disease states and their consequences that began during the stay in the country of permanent residence (regardless of the time of diagnosis), except for cases of medical assistance due to acute pain and/or in the amount necessary to save a life of the Insured Person if there is a direct threat to the life of the Insured Person;
- 6.8.8. illnesses or states, treatment and diagnosis of which can be postponed until returning from a journey, including surgical operations, which can be replaced by a course of conservative treatment and/or first aid, etc., before returning to the country of permanent residence;
- 6.8.9. congenital anomalies, malformations, chromosomal abnormalities and direct consequences and complications of these illnesses/states;
- 6.8.10. dermatovenereological illnesses, predominantly sexually transmitted, acute and chronic hepatitis, AIDS, as well as all illnesses and states caused by HIV infection or a violation of the immune system of any other origin;
- 6.8.11. psychiatric and/or psychotherapeutic illnesses and disorders, schizophrenia, epilepsy, dementia, all types of psychoses and mental disorders;
- 6.8.12. nervous, neurological diseases, epileptic or other convulsive attacks and their consequences;
- 6.8.13. any neoplasms (benign and/or malignant), oncological diseases, their consequences and complications; tuberculosis (regardless of form) and their complications;
- 6.8.14. illnesses of the respiratory and/or cardiovascular systems using scintigraphy, echocardiography, CT, angiography, using any surgical (surgical) methods of treatment, incl. removal of blood clots/thrombotic masses, angioplasty with a stent (stenting), the imposition of anastomoses, shunts, vascular plastics, valve and septal defects etc.;
- 6.8.15. peripheral vascular diseases, in particular, varicose veins, hemorrhoids, obliterating endarteritis, atherosclerosis and any of its complications, Raynaud's disease, chronic venous insufficiency;
- 6.8.16. hypertension, symptomatic hypertension, vegetative (neurocirculatory) dystonia, encephalopathy of any origin, except for emergency care in crisis conditions in the amount of first/emergency care (reduction of the crisis);
- 6.8.17. any age-related degenerative-dystrophic changes and their complications, in particular, cardio- and pneumosclerosis, atherosclerosis, deforming osteoarthritis, gout, osteoporosis, osteochondrosis (any form);
- 6.8.18. any collagenases (systemic connective tissue illnesses) and their consequences;
- 6.8.19. any autoimmune and/or systemic demyelinating illnesses or states and their complications;
- 6.8.20. illnesses of blood and hematopoietic organs, regardless of the form (acute, chronic) and their complications;
- 6.8.21. mycoses of any localization and/or dermatological illnesses, regardless of the form (acute, chronic);
- 6.8.22. allergic illnesses and states, except for first aid for anaphylactic shock;
- 6.8.23. any illnesses of the endocrine system, regardless of the form (acute, chronic) and their complications, in particular, diabetes mellitus (any type), any hormonal disorders;
- 6.8.24. traumatic injuries due to instability of the joints or repeated traumatic injuries (usual dislocations);
- 6.8.25. epidemic and pandemic diseases, except for the sudden illness of SARS-CoV-2 (COVID-19);
- 6.8.26. SARS, flue, any viral infections/illnesses, as well as food poisoning - in the absence of symptoms of hyperthermia (body temperature 38.0 and above) and/or dehydration requiring infusion therapy;
- 6.8.27. sunburn, heat stroke, allergic reactions to solar radiation, except for the occurrence of an acute danger to the life of the Insured Person, which became a direct indication for immediate hospitalization with subsequent inpatient treatment for this diagnosis (excluding concomitant ones);
- 6.8.28. otitis, removal of sulfur plugs;
- 6.8.29. acute and chronic radiation sickness.

## **6.9. Expenses related to:**

- 6.9.1. transplantation of organs and/or tissues, regardless of the diagnosis and/or medical indications;
- 6.9.2. carrying out any plastic, as well as cosmetic or aesthetic surgical interventions;
- 6.9.3. any kind of prosthetics;
- 6.9.4. with gender reassignment and/or psychological/mental disorders and/or any gender issues;
- 6.9.5. use and selection of corrective and/or auxiliary medical devices or medical products (prostheses, glasses, contact lenses, hearing aids, hearing implants, etc.); orthopedic aids and aids (bandages, corsets, orthoses, orthopedic shoes, crutches, soft medical equipment, etc.), medical devices that replace or correct the functions of affected or missing organs (artificial pacemakers, lenses, stents, shunts) prostheses, structures and devices for metal osteosynthesis, etc.);
- 6.9.6. any vaccination, its consequences, any of its complications;
- 6.9.7. medical transportation, diagnostics, treatment of any consequences of an insured event in any other country (on the territory of any other country) than that specified as the place of operation of the Agreement in Part 1 of the Agreement.

## **6.10. The following events are not recognized as insured events:**

- 6.10.1. Social unrest, strikes, state of emergency, combat, military (whether war is declared or undeclared) actions of any kind and their consequences, mass riots, uprisings and other acts of public disobedience, terrorist acts, force majeure events, the action of nuclei and/or ionizing radiation and/or radioactive contamination, as well as violations of environmental safety standards, regardless of the nature of the participation of the Insured Person in such events, except for accidents as a result of military risks as defined in para. 2.4. of this Part 2 of the Agreement.
- 6.10.2. Permanent, regular, long-term or sudden release, spill, movement of gases and gaseous substances, vapors, rays, liquids, moisture, acids, chemical compounds or any, including non-atmospheric, precipitation (black carbon, soot, smoke, dust, etc.) and other pollutants;
- 6.10.3. actions of natural disasters and/or phenomena (floods, tornadoes, hurricanes, storms, earthquakes, volcanic eruptions, downpours, hail, etc.);
- 6.10.4. Intentional actions/omissions or negligence of the Insured person and/or interested third parties, which led to the occurrence of an insured event, as well as the commission or attempted commission of criminal actions by the Insured person or violation of laws, established norms, medical prescriptions, sanitary and anti-epidemiological recommendations, etc. Negligence means that a person:
  - 6.10.4.1. foresaw the possibility of the occurrence of dangerous consequences of their actions (or omissions), and treated this indifferently or thoughtlessly expected that they would not occur;
  - 6.10.4.2. did not assume the possibility of dangerous consequences of her actions (or omissions), although it should have and had such an opportunity;
- 6.10.5. Failure by the Insured Person (the Insurant) to comply with the official recommendations of the authorities of the country of citizenship/nationality of the Insured Person and the Insurer regarding travel to war zones, terrorist attacks, natural disasters, epidemics or pandemics, except in cases related to the sudden SARS-CoV-2 (COVID- 19);
- 6.10.6. Committing or attempting suicide by the Insured Person, unless the Insured Person was brought to such a state by unlawful actions of third parties, which must be documented by the relevant competent authorities;
- 6.10.7. Commission of any offense on the territory of Ukraine, recognized as such according to the norms of the current legislation of Ukraine and/or attempts to commit illegal actions by the Insured Person (the Insurant, Beneficiary), which are in a causal relationship with the insured event;
- 6.10.8. Infliction of the Insured person (the Insurant) on unjustified risk, conscious danger (with the exception of saving a life) - deliberate stay in places known in advance as dangerous to human life and health, and/or participation in any dangerous work and/or dangerous types of recreation/entertainment, etc.;
- 6.10.9. Violation by the Insured person (its representative) of safety rules, fire safety rules, traffic rules, ethics, morality etc.;
- 6.10.10. The use of alcohol, narcotic or toxic substances, medicines without a doctor's prescription or if, upon the occurrence of an event with signs of insurance, the Insured Person was under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances, medicines without a doctor's prescription; Self-treatment and/or treatment by a person who does not have an appropriate license to carry out medical activities;
- 6.10.11. Performance by the Insured Person of any type of physical work and/or any work for hire, work in dangerous areas (drivers, miners, builders, electricians, etc.);

6.10.12.Engaging in professional or amateur sports or any kind of active recreation or leisure, unless such risks have been separately provided for and defined in this Agreement and for which the corresponding additional insurance payments have been paid;

6.10.13.Flight of the Insured Person on any aircraft, control of such aircraft, except for cases of flight as a passenger on a civil aviation aircraft, performed by a professional pilot;

6.10.14.Accidents, if the vehicle was driven by the Insured person without having a driver's license of the corresponding category or being under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances or being under the influence of drugs that reduce attention and reaction speed, as well as if it, knowing this in advance, was driving in a vehicle driven by a person who does not have a driver's license of the appropriate category or who was under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances or being under the influence of drugs that reduce attention and reaction speed;

6.10.15.Attempts by the Insured person to set speed records or participate in such competitions;

6.10.16.Participation of the Insured Person in car races or other competitions (or preparation for them) on land, water or in the air as a driver, captain, pilot or their assistant, as well as an animal rider;

6.10.17.Performance of the duties of a pyrotechnician, professional diver, magician or animal trainer (except for the payment by the Insured person of an additional insurance payment);

6.10.18.Participation of the Insured Person in such life-threatening activities as skydiving (both from airplanes and from towers or other objects (voltage), jumping using an elastic rope, hiking in extreme conditions, participating in search or other expeditions to areas with extreme natural and climatic conditions (mountainous terrain) or geographically remote regions;

6.10.19. Hunting;

6.10.20.Active types of recreation/leisure, in particular: using any mechanical, electric and other means of transportation and movement on land, on water, under water and in the air (except for cases when the Insured person has paid for travel and is a passenger of a passenger vehicle), movement on animals, as well as practicing various types of wrestling, boxing, mountain, skiing, cycling, water, hiking, caving and other similar types of recreation/leisure;

6.11. A person who, at the time of conclusion of the Agreement, is ill with: illnesses of the connective tissue; heart defects; chronic cardiovascular diseases, regardless of the degree of circulatory failure; hepatitis (B, C, D); cirrhosis of the liver; tuberculosis; diabetes; glomerulonephritis; chronic renal failure; meningitis; encephalitis; multiple sclerosis; epilepsy; parkinsonism; malignant neoplasms (tumors, cancer, leukemia, etc.), mental illness, disorders or borderline conditions; venereal diseases; AIDS, HIV infection; diseases and/or pathological conditions caused by the use of alcohol, narcotic, toxic substances, medicines without a doctor's prescription. If it turns out that on the date of conclusion of this Agreement the Insurant (Insured Person) was such a person, then the Agreement is considered not to have entered into force from the date of its conclusion, insurance payouts under such Agreement are not made, and the insurance payment is subject for returning to the Insurant within 30 days. from the date of detection by the Insurer of such a fact and upon provision by the Insurant of the details for providing such a return.

6.12. Under the Agreement, any cases of causing indirect damage, in particular, the services of an interpreter, moral damage, environmental damage, forfeit (fine, penalty), lost profit, damage caused to third parties, any other indirect losses, are not covered by this Agreement etc., as well as the expenses for obtaining documents confirming the fact and circumstances of the insured event, except for testing for COVID-19 by the method of gene diagnostics (PCR diagnostics of viral RNA) in a certified state laboratory with an accreditation level of at least level 2, which resulted in an acute respiratory infection caused by the SARS-CoV-2 coronavirus (COVID-19).

## **7. Actions of the Insurant/Insured person in case of an event with signs of insured and a list of documents confirming the fact and circumstances of the event.**

7.1. In case of occurrence of an event that can be recognized as an insured event, the Insured Person must act in accordance with the Reminder to the Insured Person, given in Section II of this Part 2 of the Agreement.

7.2. In case of self-payment by the Insurant/Insured Person for the treatment provided to the Insured Person, previously agreed with the Assisting Company, in order to receive an insurance payout in the form of compensation of expenses within the limits of this Agreement, the Insurant/Beneficiary must, within 15 calendar days from the date of completion of the treatment, provide the Insurer with a full package of properly executed documents according to the list:

7.2.1. Application for insurance payout in the form provided by the Insurer;

7.2.2. Copy of the Agreement (Copy of the Insurant);

7.2.3. Documents for the identification of the recipient of the insurance payout, provided for by the current legislation of Ukraine (copies):

- an identity document of the recipient of the payout;
- details of the payout recipient account (the Insured Person/Beneficiary) opened in the national currency in a banking institution established and operating in accordance with the legislation of Ukraine;
- certificates from the state tax administration on the assignment of an identification number to the recipient of the payout (if any);

7.2.4. Documents to confirm the right to receive insurance payout (in case of receipt of insurance payout by the authorized representative of the Insured person):

- duly executed power of attorney from the Insured person to the recipient of the payout;
- documents for the identification of the recipient of the insurance payout;

7.2.5. For reimbursement of expenses incurred in connection with the receiving medical care, the following is provided:

- An extract from the medical card of an ambulatory (hospital care) patient (form 027-o), certified by the signature and seal of the doctor, the signature of an official and the round seal of the medical institution;
- An act of provided medical services with a detailed calculation of their cost;
- Invoice for payment of medical services and the original bank receipt or other settlement document on its payment;
- A medical document with a list of medicines intended for treatment, certified by the signature and seal of a doctor, the signature of an official and the round seal of a medical institution (prescription, list, etc.);
- Fiscal receipt or other payment document confirming the fact of payment for medicines (if the names of medicines, their quantity and form of issue are not indicated in the fiscal receipt, then the corresponding sales receipt is added to the fiscal receipt);
- original results of testing for the presence of the SARS group virus (COVID-19) in the Insured Person by the PCR method of a certified state laboratory with the first or second level of accreditation - in case of an insured event under the risk in accordance with para. 5.1.2. of this Part 2 of the Agreement;
- the original of the official protocol, certificate, act or other document issued by the competent authorities, confirming the fact, causes and circumstances of the accident - in case the expenses for treatment are related to the consequences of the accident.

7.2.6. In case of receiving medical and other services in a private healthcare institution or from a private entrepreneur (individual - entrepreneur, business entity), additional copies are provided:

- extracts from the USR;
- licenses to practice medicine;
- certificates of the taxpayer.

7.2.7. For reimbursement of expenses incurred in connection with the observation:

- the original document on the mandatory observation of the Insured Person in connection with COVID-19, issued by the authorized body of Ukraine.
- an invoice for payment for observation services and a corresponding act of services rendered, indicating the name and list of such services;
- fiscal check or bank receipt, other payment document confirming payment for the services received.

7.2.8. In the event of the death of the Insured person, the following is also provided:

7.2.8.1. the original or a notarized copy of the death certificate of the Insured person;

7.2.8.2. the original or a notarized copy of the medical certificate of death with a full post-mortem diagnosis established by the results of the autopsy, namely: the immediate cause of death (the disease that caused death, or a complication of the underlying disease); the main primary diseases that caused or contributed to the immediate main cause of death; other diseases that negatively affected the course of the underlying disease, but are not causally associated with the disease or its complication, which is directly the cause of death;

7.2.8.3. protocol of autopsy (extract) and results of toxicological examination by the time of death of the Insured person;

7.2.8.4. original documents for the transportation of the body of the Insured person, including documents confirming payment for such services (bank receipts);

7.2.8.5. original or notarized copy of the document on the right to receive insurance payout;

7.2.9. Additional documents at the reasonable request of the Insurer, depending on the nature of the insured event.

7.2.10. All the documents mentioned above or determined by the Insurer, depending on the nature of the event, are provided to the Insurer in the form of originals, notarized copies, simple copies, provided that the Insurant is given the opportunity to certify copies of these documents with their originals.

7.2.11. If the documents required by this Agreement for making the insurance payout are not provided in full and/or are executed improperly or in violation of the stipulated norms, the Insurer shall notify the recipient of the insurance payout in writing within 10 (ten) business days from the date of receipt of such documents, and the decision to make an insurance payout or refuse to make it is made after receiving all (the last) necessary duly executed documents.

## **8. Conditions and procedure for making insurance payouts.**

8.1. In case of occurrence of an insured event, the Insurer, within the limits of the insured sum and taking into account the terms of the Insurance Program and/or liability limits established in this Agreement may make the insurance payout/payment of insurance compensation:

8.1.1. By paying for the services provided to the Insured Person in connection with the occurrence of an insured event through the Assisting Company under the terms of the relevant agency agreement (agreement for the provision of services) on the basis of documents confirming the fact of occurrence of the insured event and providing services to the Insured Person under the terms of this Agreement, or

8.1.2. To the Insured Person (the Insurant, Beneficiary) in case of prior agreeing with the Assisting Company of the services received by the Insured Person and paid for by it (the Insurant, Beneficiary) within the limits determined by this Agreement.

8.2. If the Insured Person (his/her representative) does not agree with Assistance or the Insurer the bill issued by the medical institution before its self-payment, the amount of the insurance payout shall be made by the Insurer in the amount not exceeding UAH4000.00 (Four thousand hryvnias).

8.3. If the repatriation of the body of the Insured person was carried out by a third party without agreeing with the Assisting Company (the Insurer), the Insurer reimburses the documented expenses for repatriation to the person who incurred such expenses, but not more than in the amount of the equivalent of EUR1500.00 at the NBU exchange rate on the date of the event.

8.4. Insurance payouts to the Insured Person (the Insurant, Beneficiary) are made in the national currency of Ukraine in a non-cash form or in any other way not prohibited by the current legislation of Ukraine, in agreement with the Insurer.

8.5. The decision on insurance payout or refusal in payout is made by the Insurer within 10 (ten) business days from the date of receipt by the Insurer of all the necessary documents specified in this Agreement, confirming or refuting the fact and circumstances of the occurrence of the insured event and the amount of losses provided in the manner prescribed by the terms and conditions of this Agreement for each specific type of insurance.

8.6. The decision on insurance payout is executed by the insurance act. The insurance payout is made by the Insurer within 10 (ten) business days from the date of signing the insurance act or, in case of payout in accordance with para. 8.1.1. para. 8.1. para. 8 of this Part 2 of the Agreement, within another period provided for by the relevant agency agreement (contract for the provision of services).

8.7. The Insurer sends a notice on refusal in insurance payout to the Insurant (the Insured person, Beneficiary) in writing with explanation of the reasons for refusal within 10 (ten) business days from the date of such decision.

8.8. To receive the insurance payout, the Insurant/Insured Person/Beneficiary must provide the Insurer with the documents specified in para. 7.2. of this Part 2 of the Agreement.

8.9. The Insurer provides an insurance payout in accordance with the terms of the Agreement on the basis of an insurance act and a package of documents stipulated by the terms of this Agreement.

8.10. The insurance payout is made in events that, in accordance with the terms of this Agreement, are recognized as insurance, within the limits of the insured sum and the liability limits of the Insurer, determined by this Agreement.

8.11. Insurance payouts under this Agreement are made to the Insured Person (his authorized representative) by crediting to his current account opened in the national currency of Ukraine in a banking institution the amount of insurance payout determined in accordance with the terms of this Agreement in the national currency of Ukraine.

8.12. The amount of the insurance payout is determined on the basis of documents confirming the expenses actually incurred by the Insured Person (its authorized representative) for the medical and other services provided for by the terms of this Agreement, which became necessary as a result of the occurrence of an insured event, taking into account the restrictions and limits of the Agreement.



8.13. To receive the insurance payout, the Insured person (his authorized representative) must provide all the necessary duly executed documents stipulated by the terms of this Agreement within 10 (ten) days from the date of their receipt (end of treatment, completion of services).

8.14. The Insurer, after receiving all the necessary duly executed documents stipulated by the terms of this Agreement, decides on making an insurance payout or refusing to make it within 10 (ten) business days and within the next 10 (ten) business days makes an insurance payout or notifies in writing the reason for the refusal with explanation of such a reason.

8.15. In the event of disputes between the Parties about the reasons for the occurrence of the declared event and/or the amount of losses, each of the Parties has the right to demand an independent examination at its own expense. In case of carrying out of an independent examination at the expense of the Insurant and based on the results of the recognition by the Insurer of the event as an insured event, the amount of the cost of such an examination increases the amount of insurance payout for such an event within the insured sum.

8.16. The Insurer has the right to postpone the decision to make an insurance payout or refuse to make it if:

8.16.1. The Insurer has doubts about the reliability of the information and documents provided by the Insurant. The term for postponing the decision on the insurance payout (refusal to make it) is the period of receiving by the Insurer of the necessary supporting documents from organizations, enterprises and institutions that have the necessary information, but cannot exceed 6 (six) calendar months from the date of receiving by the Insurer all necessary documents. provided for by the terms of the Agreement;

8.16.2. Based on the submitted documents, it is impossible to establish the fact, causes and circumstances of the insured event and the amount of the insurance payout. In this case, the Insurer has the right to conduct an independent investigation or examination, including with the participation of independent specialists (experts) who, in accordance with the legislation of Ukraine, have the appropriate authority. The period for postponing the decision to make an insurance payment (refusal to make it) in this case is the period of an independent investigation or examination by the Insurer, but cannot exceed 6 (six) calendar months from the date of receiving by the Insurer all necessary documents stipulated by the terms of this Agreement;

8.16.3. The state authority authorized to start a pre-trial investigation in relation to an event that can be recognized as an insured event initiated a pre-trial investigation, during which the Insurant (the Insured Person, another person in whose favor the Agreement was concluded) was recognized as a suspect or accused, the decision on providing or a refusal to make an insurance payout is made by the Insurer after the closure of criminal proceedings, the suspension of pre-trial investigation or a court verdict.

8.17. In case of violation by the Insured Person of the instructions (routine) of the HCI, medical appointments, medical organizational regime of the HCI, the Insurer has the right to refuse to compensate to the Insured Person the relevant incurred expenses.

8.18. After the insurance payout is made, the amount of the Insurer's liability (the insured sum and the corresponding limits) is reduced by the amount of the made payout. The total amount of insurance payouts under the Agreement in case of one or more insured events may not exceed the insured sum and the limits determined by the terms of the Agreement.

## **9. Reasons for refusal in insurance payout.**

9.1. The reasons for the Insurer's refusal to make an insurance payout are:

9.1.1. Intentional actions of the Insurant (Insured Person) or the person in whose favor the Insurance agreement is concluded, aimed at the occurrence of an insured event;

9.1.2. Commitment by the Insurant (Insured person) or the person in whose favor the Agreement is concluded, of an intentional crime that led to the occurrence of an insured event;

9.1.3. Conscious provision by the Insurant (the person entitled to receive insurance payout (payment of insurance compensation) of false information about the subject of the Agreement or the fact of the occurrence of an insured event, as well as concealment of information about the occurrence of an insured event;

9.1.4. Failure to notify the Insurer on a change in circumstances that are essential for assessing the degree of insured risk;

9.1.5. Failure to notify or untimely notification of the Insurer without good reason about the occurrence of an event that has signs of an insured event within the time period stipulated by the Agreement or the creation of obstacles for the Insurer in determining the circumstances, nature and amount of losses;

9.1.6. Failure by the Insurant to fulfill the obligations stipulated by the terms of this Agreement;

9.1.7. The occurrence of an insured event as a result of reasons that are an exception to insured events and/or a limitation of insurance in accordance with the terms of Section 6 of this Agreement;

9.1.8. Other cases provided by law.

## **10. Rights and obligations of the parties**

10.1. The Insurant (Insured Person) has the right to:

10.1.1. Get acquainted with the terms of the Agreement and the Rules, receive from the Insurer any information related to the terms of the Agreement;

10.1.2. Contact the Insurer to receive instructions on actions to be taken in case of occurrence of an event that may be recognized as an insured event;

10.1.3. In case of an insured event, receive an insurance payout in the amount and conditions stipulated by the Agreement;

10.1.4. Initiate the introduction of amendments and supplements to the terms of the Agreement and/or its early termination on the terms stipulated by the Agreement, in case of a written notification of the Insurer about the reasons for making such a decision;

10.1.5. Receive a duplicate of the Agreement in case of loss of its original during the validity period of the Agreement on the basis of a written request to the Insurer to issue a duplicate;

10.1.6. Appeal against the refusal of the Insurer to make the insurance payout or its amount in court.

10.2. The Insurant (the Insured Person) is obliged to:

10.2.1. When concluding the Agreement, provide the Insurer with information on all circumstances known to it that are essential for assessing the degree of the insured risk, and during the term of the Agreement, inform it of any change in the insured risk;

10.2.2. Timely pay the insurance payment in the amount and terms stipulated by the terms of the Agreement;

10.2.3. Inform the Insurer about other valid insurance agreements with regard the subject of this Agreement;

10.2.4. Not to allow actions or omissions regarding factors, the occurrence of which affects the degree of insured risk (including intentionally not to create a risk of loss or harm to one's own health and (or) health of other Insured persons, including children traveling together with him, or other persons under his care), and in case of their occurrence, take all necessary measures to eliminate the circumstances that increase the degree of insured risk;

10.2.5. Take all possible measures to prevent and reduce the amount of damage caused as a result of an insured event, including following the recommendations of doctors;

10.2.6. Notify the Insurer of the occurrence of an insured event within the period stipulated by the terms of the Agreement, and subsequently follow the recommendations of the Insurer;

10.2.7. Save the Agreement and its annexes, if any, and not transfer them to other persons in order to receive medical care, medical and (or) additional services;

10.2.8. Fulfill all obligations assumed under this Agreement;

10.2.9. If after making the insurance payout under the Agreement a circumstance that under the Agreement or the current legislation of Ukraine completely or partially deprives the Insured person (or the Beneficiary) of the right to receive insurance payout is discovered, to return the received insurance payout to the Insurer within 30 (thirty) business days from the date of receiving the relevant written request from the Insurer.

10.2.10. When concluding the Agreement in favor of another person (the Insured Person), the Insurant is obliged to familiarize it with the terms of the Agreement and obtain its consent to insurance, except for cases provided for by the current legislation of Ukraine.

10.3. The Insurer has the right to:

10.3.1. Check the accuracy of the information provided to him by the Insurant, demand providing information and documents relevant to determining the degree of insured risk, as well as other documentation of the Insurant (the Insured person) relating to the subject of the Agreement, at any time of its validity;

10.3.2. In the event of an increase of the degree of insurance risk, propose to the Insurant to amend the terms of the Agreement, including payment of an additional insurance payment, or terminate it in accordance with the terms of the Agreement;

10.3.3. Initiate amendments to the terms of the Agreement and/or its early termination on the terms determined by him;

10.3.4. Make requests to establish the fact, causes and circumstances of the occurrence of an insured event or the amount of damage related to the occurrence of an event (including one that is a medical secrecy), which, under the terms of the Agreement, can be recognized as an insured event, to the competent authorities, enterprises, medical institutions and organizations that may have such information in order to obtain relevant information and documents;

10.3.5. Independently find out the causes and circumstances of the occurrence of an insured event, demand from the Insurant (the Insured Person) the information necessary to establish the fact, causes and

circumstances of the occurrence of an insured event or the amount of damage, including information that is a commercial and/or medical secrecy;

10.3.6. Refuse to make an insurance payout or postpone the decision to make an insurance payment or refuse to make it in cases and on the terms provided for in this Agreement;

10.3.7. Require the Insurant to return made insurance payout if, during the limitation period established by the legislation of Ukraine, new circumstances of the occurrence of an insured event become known that deprive the Insurant (the Insured person) based on the terms of the Agreement of the right to receive insurance payout (in full or in part).

10.4. The Insurer is obliged:

10.4.1. To familiarize the Insurant with the terms of the Agreement and the Insurance rules;

10.4.2. Within 2 (two) business days, as soon as it becomes known about the occurrence of an insured event, take measures to execute all the necessary documents for the timely implementation of the insurance payout (payment of insurance compensation);

10.4.3. In case of occurrence of an insured event, make an insurance payout within the period stipulated by the terms of the Agreement;

10.4.4. Under application of the Insurant (the Insured person), in the event it took measures that have reduced the degree of insured risk, reconclude the Agreement with him or amend its terms;

10.4.5. Do not disclose information about the Insurant (the Insured person) and his property status, except as otherwise provided by law;

10.4.6. Fulfill all obligations assumed under this Agreement.

## **11. Liability for non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the Agreement.**

11.1. In case of non-fulfillment or improper fulfillment of their obligations under the Agreement, the Parties are liable in accordance with the current legislation of Ukraine.

11.2. The Insurer bears property liability for untimely payment of the insurance payout by paying the Insurant (the Insured person) a penalty in the amount of 0.01% of the amount of the overdue payment for each day of delay, but not more than 5% of the amount of the debt.

## **12. Procedure for amending and termination of the agreement.**

12.1. Amendments and supplements to the terms of the Agreement are made only during the period of its validity with the consent of the Parties under a written application of one of the Parties by concluding an additional agreement or an additional contract to the Agreement, which is an integral part of the Agreement.

12.2. To amend the Agreement, the initiating Party should submit a written application no later than 30 days before the date of the proposed amendments to this Agreement. If the other Party does not agree with the introduction of the proposed amendments, the Agreement continues to be valid on the previous terms or terminates on the terms provided for by it.

12.3. The Agreement is terminated and the Agreement becomes invalid with the consent of the Parties, as well as:

12.3.1. at the request of one of the Parties in compliance with the terms of its early termination specified by the Agreement;

12.3.2. expiration of the Agreement;

12.3.3. fulfillment by the Insurer of the obligations to the Insurant in full;

12.3.4. liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;

12.3.5. death of the Insurant - an individual or loss of legal capacity, except for the cases provided for in Articles 22 and 24 of the Ukrainian Law "On Insurance";

12.3.6. adoption of a court decision on declaring the agreement invalid;

12.3.7. in other cases, stipulated by the legislation of Ukraine.

12.4. If one of the Parties demands early termination of the Agreement, the Party that requires early termination of the Agreement (the Insurer or the Insurant) sends to another Party a corresponding notice at least 20 (twenty) calendar days prior to the date of early termination of the Agreement. Such early termination of the Agreement will be considered, in accordance with Article 651(3) of the Civil Code of Ukraine as a unilateral waiver from the Agreement.

12.5. In case of early termination of the Agreement at the request of the Insurant, the Insurer returns to him the insurance payments for the period remained until the expiration of the Agreement, minus the standard costs for conducting the case, determined when calculating the insurance rate, in the amount of 50% of the insurance payment, and actual insurance payouts, which were carried out under the Agreement. If the

Insurant's demand is due to the Insurer's violation of the terms of the Agreement, the latter returns to the Insurant the insurance payments paid by him in full.

12.6. In case of early termination of the Agreement, at the request of the Insurer, the insurance payments paid by the Insurant are returned in full. If the Insurer's demand is due to the Insurant's failure to comply with the terms of the Agreement, the Insurer returns to the Insurant the insurance payments for the period remained until the expiration of the Agreement, minus the standard costs for conducting the case, determined when calculating the insurance rate, in the amount of 50% of the insurance payment, and the actual insurance payouts that were paid under the Agreement.

12.7. Settlement between the Parties in the event of early termination of the Agreement is carried out after resolving all the losses declared by the Insurant: paying insurance payouts or the adoption by the Insurer of reasonable decisions to refuse to pay the insurance payout.

12.8. In order to repay a part of the insurance payment which is subject for returning in case of early termination of the Agreement or its cancellation (recognition as uncompleted) by the time it comes into force at the initiative of the Insurant, the latter should provide the Insurer with the following documents (copies):

- a. the Agreement (Part 1);
- b. Documents for identification of the recipient of a part of the insurance payment, provided for by the current legislation of Ukraine (copies);
- c. an identity document of the recipient of the payment;
- d. details of the recipient's account (the Insured person/Beneficiary) opened in the national currency in a banking institution established and operating in accordance with the legislation of Ukraine;
- e. certificates of the state tax administration on the assignment of an identification number to the recipient of the payment (if any).

12.9. The deadline for payment of part of insurance payment subject for returning in case of early termination of the Agreement is 30 (thirty) business days from the date of termination of the Agreement, provided that as of the date of termination of the Agreement there are no unresolved by the Insurer the declared by the Insurant losses under the Agreement.

### **13. Other terms and signatures of the parties.**

13.1. Disputes arising in connection with the fulfillment of the terms of this Agreement are resolved by the Parties in the manner prescribed by the current legislation of Ukraine.

13.2. The Insurer, guided by the norms of Article 207 of the Civil Code of Ukraine and Article 12 of the Ukrainian Law "On Electronic Commerce", offers any capable individuals determined in accordance with the terms of the preamble of this Public proposal (the Offer) to apply for the purpose of concluding an agreement between such an individual and the Insurer, using an analogue of the handwritten signature of the authorized person of the Insurer and the imprint of the seal of the Insurer, reproduced by means of copying and samples of which are recognized by the Parties and are given in this paragraph 13.

13.3. In case of acceptance of this Public proposal (the Offer) by an individual determined in accordance with the terms of Part 1 of the Insurance agreement, the Agreement concluded using the analogue of the Insurer's handwritten signature and facsimile reproduction of the seal:

13.3.1. deemed to have been concluded with the intent to create the legal consequences arising from such an Agreement;

13.3.2. not with the intention of concealing another transaction made by the Parties to the Agreement;

13.3.3. with full understanding by the Parties of the nature of the transaction being made, the rights and obligations of the Parties arising on the basis of this Agreement;

13.3.4. with full understanding by the Parties all the circumstances that are essential for the conclusion and implementation of this Agreement.

13.4. This Public Offer (Offer) on the use of an analogue of a handwritten signature and a facsimile reproduction of a seal is accepted by the Policyholder by signing the Agreement and is an agreement on the use of an analogue of a handwritten signature and a facsimile reproduction of a seal in the Agreement.

13.5. Civil legislation, in particular the Civil Code of Ukraine, allows the possibility, and the Ukrainian Law "On Insurance" does not prohibit the use of facsimile reproduction of a signature when entering into transactions by means of mechanical, electronic or other copying, electronic signature or other analogue of a handwritten signature, including under written consent of the parties, which should contain samples of the corresponding analogue of their handwritten signatures. By concluding this agreement, the Insurant/Insured person agrees to use facsimile reproduction of the signature of the authorized person(s) of the Insurer's indicated below as an analogue of its/their handwritten signatures on the Insurance Policy and other documents related to the execution or amendment, termination of the Insurance agreement, and the Insurer,

in turn, agreed with the possibility to use facsimile reproduction of the signature of the authorized person(s) of the Insurer.

13.6. The sample of the corresponding analogue of the handwritten signature of the authorized person(s) of the Insurer is as follows:

General Director of GUARDIAN ALCIC  
V.M. Berlin

*(Sample of the signature of the authorized person of the Insurer and the imprint of the seal of the Insurer)*



## **SECTION II. REMAINDER FOR THE INSURED PERSON.**

**14.** In case of occurrence of an event stipulated by the terms of the Agreement, the Insured person or a person representing the interests of the Insured person (relative, friend, acquaintance, employee of the Insured person, head or member of a tourist group, employee of a medical institution, doctor, etc.) immediately, but no later than 24 hours after the occurrence of the event, at any time of the day, notifies the Assisting company (the Insurer's service department) about the occurrence of such an event and receive information on further actions by means of communications specified in Part 1 of the Agreement. The message must contain:

- the name of the Insurance Company, the Insurance agreement number and its validity period;
- surname and name of the Insured Person; exact location of the Insured person, contact phone number;
- the territory of operation of the Insurance agreement;
- the insured sum, the franchise and the name of the Insurance Program;
- presence/absence of any other insurance, other free of charge provision of medical services (part of them);
- description of what happened;
- answers to questions of a representative of the Assisting Company.

**15.** When applying to the representatives of the Assisting Company, the Insured Person (its representative) must behave morally, not use obscene language, not raise a voice. In case of violation of such norms, the Assisting Company/Insurer reserves the right to terminate the service and fulfillment of its obligations in part of organizing and/or providing a medical or other institution with a guarantee of payment for medical and/or another assistance provided for by the terms of the Agreement. Further settlement of the declared event is carried out by self-payment by the Insured person (its authorized representative) of all medical and other expenses, with further provision to the Insurer of a complete properly executed package of documents stipulated by the terms of the Agreement resolving the issue of making an insurance payout (compensation of incurred expenses/part of them) or refusal to make it.

**16.** The Insured person (its representative) must follow the recommendations of the representative of the Assisting Company and agree with him all his actions related to receiving assistance. At the request of the Assisting Company, the Insured Person (or his representative) must provide documents confirming his identity and document the period and grounds for his stay in Ukraine, in particular:

- Insurance agreement or its copy;
- a copy of all pages of the passport of the Insured person with marks on crossing the border;
- a copy of the document certifying the grounds and purpose of stay on the territory of Ukraine.

**17.** In the event that applying to the Assisting Company is fixed during non-working hours (evening, night time, weekends or holidays), the Assisting Company may recommend to the Insured Person (its representative) that the Insured Person (its representative) independently pay for primary emergency medical care, including until a clinical diagnosis is established, with the subsequent resolving during working hours the issues of providing guarantees of payment for further treatment and reimbursement of expenses for primary emergency medical care.