

**Оферта добровільного комплексного страхування під час подорожі
або перебування на території України**

№ 793/10-023 від 10.07.2020р.

Мандрівник

Загальні положення

Дана Публічна оферта добровільного комплексного страхування під час подорожі або перебування на території України (далі – Оферта) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» (01133, м. Київ, бул. Лесі Українки, 9; ЄДРПОУ 20113829; UA5038080500000000265012169 в АТ «Райффайзен Банк»; office@universalna.com) (далі – Страховик/Сторона Договору) в особі Голови Правління Музичка Олексія Васильовича, який діє на підставі Статуту, невизначеному колу дієздатних фізичних осіб та/або юридичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов даної Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти договір добровільного комплексного страхування під час подорожі або перебування на території України (далі – Договір або Договір страхування) на підставі Ліцензії Серія АГ №569721, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 23 березня 2011 року, Серія АГ №569723, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 23 березня 2011 року (до переоформлення у ліцензію на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (класів) страхування) з урахуванням співвідношення вид/клас страхування, визначеного п. 18 Розділу XV Закону України «Про страхування» та відповідно до Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію», «Правил добровільного страхування медичних витрат» від 09.02.2007 р. зі змінами та доповненнями, «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 30.01.2007 зі змінами та доповненнями. Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування в електронній формі. У випадку прийняття Клієнтом пропозиції в порядку, визначеному даною Офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами даної Оферти.

Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до електронних документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможлиблює зміну змісту на власному сайті за посиланням <https://universalna.com/pro-kompanyu/publiczni-dogovory-ta-oferty/>.

Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти та її прийняття Клієнтом. Під пропозицією Страховика укласти Договір мається на увазі ознайомлення Страховиком Клієнта з розміщеною на сайті за посиланням <https://universalna.com/pro-kompanyu/publiczni-dogovory-ta-oferty/> Офертою. У відповідності до статей 207, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям умов даної Оферти Клієнтом вважається підписання електронного Сертифікату/Заяви-Акцепту (далі - Сертифікат) до Договору, що є його невід'ємною частиною, в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Ідентифікація Клієнта за умовами цієї Оферти відбувається перед укладенням Договору шляхом заповнення Клієнтом власних даних в електронному вигляді.

Договір страхування вважається укладеним з моменту одержання Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика) Сертифікату (Заяви-Акцепту) про прийняття пропозиції укласти договір страхування в електронній формі) підписаного в порядку, передбаченому статтею 12 Закону України «Про електронну комерцію», за умови оплати Страхувальником платежу в строки та порядку, визначеному даною Офертою.

Після підписання Сертифікату Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує Сертифікат, який є підтвердженням укладення договору страхування (в електронній формі), на адресу електронної пошти (вказаної при заповненні власних даних) та/або в особистий кабінет Страхувальника, та/або в паперовому вигляді в момент вчинення правочину, а дана Оферта вважається Договором страхування, невід'ємною частиною якого є Сертифікат.

Сторони домовились, що Договір підписується Сторонами в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію», в якості підпису Страхувальника використовується підпис одноразовим ідентифікатором, що надсилається Страховиком шляхом направлення SMS-повідомлення на телефонний номер Страхувальника, вказаний ним при заповненні власних даних в електронному вигляді. При цьому підписання Страхувальником Сертифікату одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником договору страхування.

Страховик зобов'язується на письмову вимогу Страхувальника відтворити Договір на паперовий носій, підписати та скріпити печаткою протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. У випадку, якщо одна із Сторін відмовляється підписувати Договір страхування в паперовому вигляді, такий спір розглядається в судовому порядку.

Сертифікат, підписаний Страхувальником в електронному вигляді, зберігатиметься на сайті Страховика за посиланням www.universalna.com в особистому кабінеті Страхувальника. Страховик забезпечує безперешкодний доступ до особистого кабінету Страхувальника за допомогою логіну (в якості якого виступає номер мобільного телефону Страхувальника) та паролю користувача. У випадку виникнення труднощів з реєстрацією та/або користуванням особистим кабінетом, Страхувальник може звернутись за допомогою до контакт-центру Страховика за телефоном 0 800 500 381. Решта електронних документів, повідомлень, іншої інформації в електронній формі зберігаються Страховиком та можуть бути надані Страхувальнику за окремим запитом шляхом надсилання на електронну адресу, вказану при заповненні власних даних в електронному вигляді (далі – електронна адреса Страхувальника) та/або іншим способом, вказаним Страхувальником в запиті.

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@universalna.com (далі – електронна адреса Страховика).

У випадку, якщо Клієнт помилково направив Сертифікат, він може звернутись до офісу Страховика, для

дострокового розірвання Договору або внесення відповідних змін.

Кожна із сторін має право виступити з ініціативою внесення змін до Договору. Зміни в Договір вносяться шляхом укладення Додаткової угоди до Договору в письмовій формі.

1. Предмет Договору

1.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України.

1.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника/Застрахованої особи.

1.3. Договір страхування укладено:

1.3.1. За ризиком в межах класу страхування «страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» класу страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»;

1.3.2. За ризиком у межах класу страхування «страхування медичних витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили в скрутне становище під час здійснення подорожі (поїздки) на території України або за кордон» класу страхування 18 «Страхування витрат, пов'язаних із наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі».

2. Перелік визначень та термінів

2.1. Застрахована особа – фізична особа віком від 1 до 75 років включно, на користь якої укладено Договір. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.

На страхування не приймаються особи з інвалідністю I, II груп та особи, що мають статус дитина з інвалідністю; особи, визнані у встановленому законом порядку недієздатними, особи, які страждають на психічні розлади (захворювання). В разі неповідомлення Страхувальником про наявність групи інвалідності або психічного захворювання у Застрахованої особи до початку дії договору страхування, Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи.

2.2. Вигодонабувач – у випадку смерті є спадкоємець (спадкоємці) згідно з чинним законодавством України, щодо інших випадків – Страхувальник або Застрахована особа, або інша особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи.

2.3. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором та вираховується при розрахунку розміру страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку. Розмір франшизи зазначається в Сертифікаті Договору.

2.4. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрозувати життю.

2.5. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

2.6. Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (неповної, часткової ремісії), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає невідкладної медичної допомоги.

2.7. Невідкладна медична допомога є допомога, яка необхідна у випадках, що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагають надання їй медичної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання. Невідкладна медична допомога надається до нормалізації стану Застрахованої особи, а саме до усунення гострого болю, загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи.

2.8. Звичайний (пасивний) туризм – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі, а саме: бадмінтон, більярдний спорт, боулінг, бридж спортивний, городковий спорт, крокет, дартс, стрільба з лука, теніс настільний, шахи, шашки, катання на роликових ковзанах, керлінг, подорожі (піші походи) зі спокійним ландшафтом, їзда (катання) на велосипеді (окрім гірських) та гірбордах/гірскоутерах. Вищезазначений перелік видів спорту є вичерпним для визначення «Загальний (пасивний) туризм».

2.9. Активний туризм - пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості та навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив за проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолах, мотоциклах та квадроциклах, сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до Активного туризму відносяться Спорт та екстрим – участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме: участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубординг, спелеотуризм, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. До активного туризму також відносяться: акробатика (всі види), атлетика, віндсерфінг, воднолижний спорт, гирьовий спорт, лижне двоборство, плавання, пауерліфтинг, стрибки у воду, фігурне катання, армспорт, багатоборство (всі види), велоспорт (трек, шосе), водно-моторний спорт, гребля, спортивна гімнастика, картинг, кінний спорт, ковзанярський спорт, контактні види спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, козацький двобій, рукопашний двобій, традиційне карате, кікбоксинг, бокс, дзюдо, боротьба, самбо, сумо), подорожі (піші походи) з гірським ландшафтом, поло, регбі, санний спорт, спідвей, шот-трек, футбол (всі види), хокей з шайбою, автототспорт, вертолітний спорт, гірський велосипед, гірськолижний спорт, дельтапланерний спорт, літаковий спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, планерний спорт, піші походи (по спеціальних маршрутах), ралі, слалом (всі види), скелелазіння, спелеологія, стрибки на лижах з трампліна, фрістайл-акробатика, стрибки на батуті, рибальський спорт, стендова та кульова стрільба, біатлон, бодіблдинг, художня гімнастика, ігрові види спорту (баскетбол, бейсбол, водне поло, волейбол,

гандбол, пейнтбол, хокей на траві, футбол, хокей з шайбою, легка атлетика, рок-н-рол акробатичний, сквош, спортивні танці, великий теніс (за виключенням дайвінгу, альпінізму).

2.10. Виконання оплачуваної роботи - виконання Застрахованою особою будь якого виду оплачуваної роботи, крім службового відрядження. Під службовим відрядженням розуміється - участь в конференціях, нарадах, зустрічах, семінарах поза місцем постійної роботи.

2.11. Місце постійного проживання - це адміністративно-територіальна одиниця, на території якої Застрахована особа проживає строком понад шість місяців на рік.

2.12. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести страхову виплату/виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку. Страхова сума за видом страхування по Договору визначається шляхом множення розміру страхової суми вказаної в Сертифікаті Договору на кількість Застрахованих осіб за Договором.

2.13. Страховий платіж за Договором - це плата за страхування, розмір якої зазначений в Сертифікаті договору. Страховий платіж за видом страхування в цьому Договорі визначається наступним чином: якщо застраховано один вид страхування - «Страхування медичних та інших витрат» - 100% страхового платежу за Договором, що визначена в Сертифікаті договору; якщо застраховано два види страхування - по «Страхуванню медичних та інших витрат» - 90% від загального страхового платежу та по «Страхуванню від нещасних випадків» - 10% від загального страхового платежу, що визначений в Сертифікаті Договору.

2.14. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

3. Перелік страхових ризиків та випадків

3.1. Страховим ризиком є:

3.1.1. Раптове захворювання Застрахованої особи (гостре, загострення/ускладнення хронічного захворювання), що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй медичної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи до місця її постійного проживання, що підтверджується відповідною медичною документацією.

3.1.2. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, спадкоємця) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я і/або смерть Застрахованої особи, а саме: травматичні пошкодження організму (травми, в тому числі від вогнепальної зброї), поранення, контузія, анафілактичний шок, випадкове потраплення в дихальні шляхи чужорідного тіла, утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, опіки, обмороження, перегрівання, переохолодження, укуси тварин, отруйних комах, змій тощо, випадкове отруєння газами, побутовими або промисловими хімічними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами (за винятком інфекційних хвороб), такі захворювання, як сказ, правець, ботулізм, малярія, а також енцефаліт, що передається укусами кліщів. Захворювання, у тому числі раптові та професійні, не відносяться до нещасних випадків.

3.2. Страховим випадком є:

3.2.1. Медичні витрати - документально підтверджені витрати на надані Застрахованій особі медичні та додаткові послуги (в межах обраної програми страхування), які попередньо погоджені зі Страховиком та, які Застрахована особа понесла в зв'язку з дією страхових ризиків.

3.2.2. Наслідки нещасного випадку:

3.2.2.1. Травматичні ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку незалежно від ступеню непрацездатності.

3.2.2.2. Стійка втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку (встановлення I-ї, II-ї, III-ї груп інвалідності, первинна інвалідність особам до 18 років.).

3.2.2.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, що настали під час подорожі або тимчасового проживання на території України у період дії договору.

3.2.3. Зазначені вище наслідки нещасного випадку визнаються страховими випадками, якщо вони наступили упродовж 12(дванадцяти) місяців з дати настання нещасного випадку.

4. Перелік медичної допомоги, відповідно до якої, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі документів зазначених у Розділі 9 Оферти

4.1. Програма А «Медична допомога»:

4.1.1. швидка медична допомога або перевезення транспортним засобом до найближчого державного медичного закладу чи лікаря якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи;

4.1.2. невідкладна амбулаторна допомога, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, оплата призначених медикаментів у державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантом державного медичного закладу регіону настання випадку. Ліміт на невідкладну амбулаторну медичну допомогу не може перевищувати 500 грн;

4.1.3. невідкладна стаціонарна допомога в державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантами державного медичного закладу, а саме: необхідні консультації, діагностика, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі. Ліміт на невідкладну стаціонарну медичну допомогу не може перевищувати 20 000 грн.;

4.1.4. екстрена стоматологічна допомога на суму не більше 500 грн., а саме: стоматологічний огляд, рентгенівське дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням м'яких тканин зуба та/або прилеглих до нього тканин, або щелепною травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку;

4.1.5. екстрена медична евакуація - до найближчого медичного закладу чи лікаря, до спеціалізованого медичного закладу, до конкретної країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. Ліміт відповідальності Страховика на екстрену медичну евакуацію складає 30% від страхової суми, але у будь якому випадку не більше 6000 грн.

Страховик не відшкодовує витрати за лікування Застрахованої особи після її повернення до країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні.

4.1.6. репатріація тіла до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі. Ліміт

відповідальності Страховика на репатріацію тіла складає 30% від страхової суми, але у будь-якому випадку не більше 6000грн. Для громадян України в покриття включено: вартість труни; доставка останків Застрахованої особи до місця постійного проживання. Для іноземних громадян - вартість труни, бальзамація, підготовка документів, оббивка гробу згідно міжнародних вимог транспортування, доставка останків Застрахованої особи до міжнародного аеропорту передбаченої країни поховання.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи.

Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації.

4.2. Програма В «Невідкладна допомога»:

4.2.1. швидка медична допомога або перевезення транспортним засобом до найближчого державного медичного закладу чи лікаря якщо цього потребує стан здоров'я Застрахованої особи;

4.2.2. невідкладна стаціонарна допомога в державному медичному закладі/приватному закладі за преїскурантом державного медичного закладу, а саме: необхідні консультації, діагностику, лікування, невідкладне оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палатах стандартного типу, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі;

4.2.3. екстрена медична евакуація - до найближчого медичного закладу чи лікаря, до спеціалізованого медичного закладу, до конкретної країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні (за рішенням Страховика щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту), якщо транспортування є необхідним з медичних показань при наявності медичного висновку. Ліміт відповідальності Страховика на екстрену медичну евакуацію складає 30% від страхової суми.

Страховик не відшкодовує витрати за лікування Застрахованої особи після її повернення до країни постійного проживання/місця постійного проживання в Україні.

4.2.4. репатріація тіла до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі. Ліміт відповідальності Страховика на репатріацію тіла складає 30% від страхової суми.

Для громадян України в покриття включено: вартість труни; доставка останків Застрахованої особи до місця постійного проживання. Для іноземних громадян - вартість труни, бальзамація, підготовка документів, оббивка гробу згідно міжнародних вимог транспортування, доставка останків Застрахованої особи до міжнародного аеропорту передбаченої країни поховання.

Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Страховиком. Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги на території організації репатріації.

4.3. За умовами даного Договору Страховик відшкодовує виключно витрати на лікування Застрахованої особи, що мали місце протягом строку дії даного Договору. Будь-які, збитки, витрати, що виникли після закінчення строку дії даного Договору, не залежно від того, триває лікування Застрахованої особи, чи ні, Страховиком не відшкодовуються, за винятком страхових випадків, які потребують стаціонарного лікування, що розпочато в період дії Договору. В такому випадку Страховик відшкодовує витрати, які виникають, як в період дії, так і після закінчення строку дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але не більше ніж 7 (семи) календарних днів після закінчення строку дії Договору.

5. Страхова сума

5.1. Страхова сума вказується в Сертифікаті Договору.

6. Страховий платіж та порядок його сплати

6.1. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику безпосередньо або через повірену особу Страховика згідно з Договором страхування.

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

6.3. Днем сплати страхового платежу вважається день перерахунку грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика.

7. Причини відмови у страховій виплаті

7.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

7.1.1. навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності. Кваліфікація дій Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

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

7.1.3. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

7.1.4. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або невчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати;

7.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;

7.1.6. невиконання або порушення вказівок Страховика;

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

7.1.8. відмова Страхувальника від обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та розміру витрат;

7.1.9. не надання Застрахованою особою необхідних документів в строк 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання застрахованою особою офіційного запиту Страховика;

7.1.10. інші випадки, передбачені законом.

7.2. Не визнаються страховими випадками події у разі:

7.2.1. раптового погіршення екологічної ситуації через радіаційне, хімічне та бактеріологічне забруднення навколишнього середовища;

- 7.2.2. участі Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, операції об'єднаних сил, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту;
- 7.2.3. служби Застрахованої особи у будь-яких військових силах чи формуваннях, в правоохоронних структурах, пожежній охороні, в охороні комерційних структур;
- 7.2.4. недотримання Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;
- 7.2.5. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);
- 7.2.6. вчинків Застрахованої особи при здійсненні або спробі здійснення нею протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;
- 7.2.7. нараження Застрахованої особи на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);
- 7.2.8. вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних та токсичних речовин, медичних препаратів без призначення лікарем, перебування у стані наркотичного, токсичного сп'яніння;
- 7.2.9. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом (автомобілем, мотоциклом, моторним човном тощо) без права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі Застрахованою особою права на керування транспортним засобом особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння або не має права на керування таким транспортним засобом, зокрема, відповідної категорії;
- 7.2.10. виконання Застрахованою особою будь-якого виду оплачуваної роботи за винятком випадків, коли Страхувальником в Сертифікаті Договору в графі «Виконання оплачуваної роботи» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови. Дія даного пункту не поширюється, у разі службового відрядження. Під службовим відрядженням розуміється поїздка працівника з метою участі в конференціях, нарадах, зустрічах, семінарах поза місцем постійної роботи.
- 7.2.11. виїзду Застрахованої особи з метою навчання (крім короткострокових навчальних програм строком до 30 (тридцяти) календарних днів), за винятком випадків, коли Страхувальником в Сертифікаті Договору в графі «Навчання» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови;
- 7.2.12. надання медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі), пов'язаних з заняттям активним туризмом, за виключенням випадків, коли Страхувальником в Сертифікаті Договору в графі «Активний туризм» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови;
- 7.2.13. настання події поза територію та/або поза строком дії Договору.
- 7.3. Страховик не відшкодовує витрати пов'язані з:**
- 7.3.1. будь-якими медичними послугами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням хронічних за виключенням загострення хронічного захворювання, що вимагає надання невідкладної/екстреної медичної допомоги (цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, туберкульоз, онкологічні, аутоімунні, вікові дегенеративні захворювання, хвороби серця та судин, хвороби кровотворної системи, епілепсія тощо) або вроджених захворювань і вад, їх ускладнень або наслідків, що існували у Застрахованої особи на момент укладання Договору і потребували лікування, крім випадків, коли існує гостра загроза життю Застрахованої особи або виникає необхідність у цілеспрямованих заходах щодо усунення гострого болю, при цьому ліміт відповідальності Страховика за такими випадками складає – 500 (п'ятсот) грн.;
- 7.3.2. лікуванням будь-яких супутніх захворювань і/або симптомів, крім випадків, коли прояви чи ускладнення супутніх захворювань і/або симптомів становлять загрозу здоров'ю або життю Застрахованої особи, при цьому ліміт відповідальності Страховика за такими випадками складає – 500 (п'ятсот) грн.;
- 7.3.3. медичними послугами, що перевищують необхідні, в разі, якщо стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що Застрахована особа самостійно або при супроводженні іншої особи може повернутися до країни або місця постійного проживання;
- 7.3.4. хірургічними втручаннями на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику тощо);
- 7.3.5. будь-яким медичним доглядом і лікуванням, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги під час подорожі;
- 7.3.6. пластичною хірургією, протезуванням, ремонтом, підбором і придбанням окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів тощо;
- 7.3.7. усуненням наслідків самолікування;
- 7.3.8. лікуванням та діагностикою хвороб, що передаються статевим чи переважно статевим шляхом незалежно від шляху їх передачі та часу існування, а також наслідків таких хвороб;
- 7.3.9. лікуванням, діагностикою та іншими послугами з приводу захворювань, станів, їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (вірусом імунодефіциту людини);
- 7.3.10. психічними захворюваннями, неврозами (панічні атаки, депресії тощо), а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями;
- 7.3.11. епідемічними та пандемічними хворобами;
- 7.3.12. гострою та хронічною променевою хворобою;
- 7.3.13. вагітністю (за виключенням позаматкової вагітності або гострої кровотечі, що становить пряму загрозу життю Застрахованої особи, де ліміт відповідальності Страховика становить – 10% від страхової суми, але у будь-якому випадку не більше 2000 грн.), пологами, перериванням вагітності;
- 7.3.14. будь-якими розладами здоров'я, ускладненнями або смертю, що сталися через невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічними діями ліків, що не були призначені лікарем, побічними діями харчових добавок;
- 7.3.15. захворюваннями або наслідками (ускладненнями) захворювань на вірусні гепатити;
- 7.3.16. захворюваннями та розладами органів слуху для Застрахованих осіб старше 16 років (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження або попадання води);
- 7.3.17. дерматологічними хворобами, в тому числі грибковими, дерматитами будь-якого походження (сонячні, харчові, внаслідок укусів комах, тощо), алергічними реакціями (за винятком невідкладних станів - набряк Квінке), сонячними опіками;
- 7.3.18. подіями, що виникли до початку строку страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних та додаткових витрат під час подорожі;
- 7.3.19. подіями, що виникли після дати закінчення строку дії Договору та або поза місцем дії Договору вказаним у

Сертифікаті Договору;

7.3.20. амбулаторним або стаціонарним лікуванням Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання або якщо вона відмовляється виконувати призначення лікуючого лікаря вказівок Страховика;

7.3.21. медичними оглядами, що не є наслідками гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, плановими та контрольними візитами до лікаря, а також наданням послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування;

7.3.22. послугами, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, уражених органів: (трансплантати, протези, імплантати, ендопротези, стенти, лінзи тверді та м'які, протінові сітки, медичне устаткування (набори для емболізації, деартеріалізації, артроскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу, медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях їх ремонт або прокат тощо);

7.3.23. проведенням профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком;

7.3.24. усіма видами пластичних та косметичних операцій і процедур; усіма видами протезування, трансплантацій та імплантацій, включно шунтуванням/стентуванням судин та імплантацією кардіостимуляторів (штучних водіїв ритму серця); Страховик не відшкодовує витрати на медичні пристрої, що замінюють або коригують функції уражених органів: (трансплантати, протези, імплантати, ендопротези, стенти, лінзи тверді та м'які, протінові сітки, медичне устаткування (набори для емболізації, деартеріалізації, артроскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу, медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях їх ремонт або прокат тощо);

7.3.25. наданням стоматологічної допомоги за винятком екстреної допомоги (зняття гострого болю) в межах 500 (п'ятсот) грн, якщо даний ліміт передбачений обраною програмою страхування;

7.3.26. фізіотерапевтичним лікуванням, та лікуванням нетрадиційними методами;

7.3.27. придбанням та ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, вимірювальних приладів, милиць, палиць, корсетів, бандажів, ортезів тощо, придбанням металокопункцій для проведення остеосинтезу (пластин, гвинтів, фіксаторів тощо), придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпеченням дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;

7.3.28. штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності;

7.3.29. медичними або додатковими послугами чи медикаментозним забезпеченням, що перевищують достатні та обґрунтовані розміри їх оплати для країни перебування;

7.3.30. медичною евакуацією або репатріацією, організованою без участі Страховика;

7.3.31. випадками, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;

7.3.32. пов'язаними з медичною допомогою та ліквідацією наслідків впливів атмосферного та водного тиску згідно з МКХ10, включаючи кесонову та висотну хвороби; кесонна хвороба;

7.3.33. будь-якими медичними послугами, наданням допомоги Застрахованій особі, якщо страховий випадок відбувся у разі виконання Застрахованою особою будь якого виду оплачуваної роботи за винятком випадків, коли Страховальником в Сертифікаті Договору в графі «Виконання оплачуваної роботи» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови;

7.3.34. транспортуванням Застрахованої особи з клініки в готель або будь-яке інше місце, після надання амбулаторної медичної допомоги або виписки зі стаціонару, крім випадків, коли транспортування є етапом медичної евакуації;

7.3.35. перев'язками, необхідними при травматичному пошкодженні Застрахованої особи, окрім 2 (двох) перев'язок: при первинному огляді та одній наступній консультації;

7.3.36. продовженням лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання;

7.3.37. компенсацією моральної шкоди та упушеною вигодою;

7.3.38. штрафами, пенєю та іншими фінансовими санкціями, пред'явленими Страховальнику;

7.3.39. судовими та претензійними витратами;

7.3.40. будь-якими медичними послугами, наданням допомоги Застрахованій особі, якщо страховий випадок відбувся у разі занять альпінізмом та дайвінгом;

7.3.41. наданням невідкладної допомоги та необхідної діагностики до моменту встановлення діагнозу, що є виключенням відповідно до п. 7.3.1. Оферти, де ліміт відповідальності Страховика становить 500 грн залежно від валюти страхової суми по Договору, крім п. 7.3.13. Оферти;

7.3.42. бойових або військових дій (незалежно від того, була оголошена війна чи ні), вторгнення військ, дії засобів ведення війни, громадянської війни, терористичних актів, антитерористичних операцій, операцій об'єднаних сил, заколоту, революції, повстання, бунту, страйку, локауту, громадських (масових) заворушень, військового чи протиправного захоплення влади та/або тимчасової неможливості (повної або часткової) здійснення своїх повноважень органами державної (місцевої) влади, конфіскації, арешту, реквізиції, знищення або пошкодження застрахованого майна за розпорядженням чи у разі його використання існуючими юридично чи фактично органами військової або цивільної влади, правоохоронними органами, в тому числі в блокадах доріг, переслідуванні тощо. Терористичним актом визнається будь-яка дія - незалежно від факту використання сили або насильства - і / або погрози його застосування, будь-якою особою або групою (ами) осіб, незалежно від того, діють вони самостійно або у зв'язку з будь-якою організацією (ями) або з урядом (ами), яка спрямована на: залякування або вплив на будь-який уряд і / або товариство або будь-яку його частину, або підірив будь-якого сегменту економіки, або виходячи з характеру і умов застосування пов'язано з досягненням політичних, релігійних, ідеологічних чи аналогічних цілей.

За Договором також виключаються будь-якого роду збитки, шкоду, витрати, які прямо або опосередковано викликані, є результатом або пов'язані з будь-якими заходами щодо попередження, усунення або придушення будь-якого терористичного акту, або пов'язані іншим чином з ним, громадянської війни, військового повстання, революції, заколоту, бунту, захоплення влади військовими чи цивільними силами, пограбуванням і мародерством, громадських заворушень;

7.3.43. збитки, що сталися на території АР Крим, а також на територіях, що на момент укладення цього Договору не контролюються державною владою України, відповідно до Розпорядження КМУ № 1085-р від 07.11.2014 та всіма подальшими змінами і доповненнями;

7.3.44. збитки, що сталися на територіях, що знаходяться поза контролем уряду України (тимчасово окуповані території) в Донецькій і Луганській областях;

7.3.45. збитки, що сталися на підконтрольних органам державної влади та органам місцевого самоврядування

Україні територіях адміністративних районів України, в межах яких знаходяться населені пункти, розташовані на лінії зіткнення, відповідно до Додатку 2 до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 листопада 2014 р. № 1085 з усіма змінами та доповненнями.

8. Дії Застрахованої особи у разі настання страхового випадку

8.1. У разі настання події, що може призвести до страхового випадку (у разі дії страхового ризику), Страхувальник (Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси) до отримання медичної чи будь-якої іншої допомоги, передбаченої програмою страхування зобов'язаний (на), у будь-який час доби, повідомити Страховика по телефону: **0 800 500 381 – в межах України безкоштовно зі стаціонарних телефонів**, та виконувати рекомендації щодо отримання і/або оплати медичної, медично-транспортної та/або будь-якої іншої допомоги.

У разі отримання невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи (за умови підтвердження вказаних станів відповідною медичною документацією) або якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин, необхідно повідомити Страховика, як тільки це стане можливо, але не пізніше 48 годин з дати настання страхового випадку.

8.2. До об'єктивних причин у цьому випадку належать:

8.2.1. документально підтверджена відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи);

8.2.2. підтверджений медичними документами непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

8.3. При зверненні до Страховика необхідно повідомити наступну інформацію:

8.3.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

8.3.2. місцезнаходження Застрахованої особи і номер контактного телефону;

8.3.3. серію та номер Сертифікату;

8.3.4. детальний опис випадку і характер необхідної допомоги;

8.3.5. строк дії Договору.

8.3.6. Застрахована особа повинна чітко та в повному обсязі виконувати вказівки Страховика.

8.4. Страхувальник /Застрахована особа зобов'язаний здійснити заходи по отриманню підтверджуючих та інших документів від зазначених установ (медичних закладів, готелів та ін.).

9. Умови здійснення страхової виплати

9.1. При настанні страхового випадку, вказаного у п.3.2.1. Оферти, Страховик, в межах страхової суми (лімітів відповідальності), здійснює страхову виплату:

9.2. Застрахованій особі (Страхувальнику) чи іншому компетентному органу, що самостійно оплатив надані послуги. Страхова виплата Застрахованій особі (Страхувальнику) здійснюється в національній валюті України.

9.3. Страховик відшкодовує витрати, передбачені умовами Договору на медичні або інші послуги, які були надані Застрахованій особі під час її подорожі або перебування на території України в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика, по кожному страховому випадку.

9.4. Страховик гарантує здійснення страхової виплати тільки в межах страхової суми. Якщо загальна сума виплат по наданих рахунках перевищує зазначену в Сертифікаті страхову суму, то в першу чергу відшкодовуються витрати на лікування, а в разі смерті Застрахованої особи - витрати на перевезення тіла або витрати на поховання.

9.5. При настанні страхового випадку, визначеного у п.3.2.2.1. Оферти, Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу внаслідок травматичних ушкоджень організму Застрахованої особи згідно Таблиці страхових виплат (Додаток №2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків), що є невід'ємною частиною чинного Договору страхування (надалі – «Таблиця страхових виплат»). Підписанням цього Договору Страхувальник/Застрахована особа підтверджують, що ознайомлені з «Таблицею страхових виплат». Перелік травматичних ушкоджень та розміри виплат зазначаються в «Таблиці страхових виплат», що розміщена на сайті Страховика за посиланням: https://universalna.com/documents/offers/accident-insurance/Tablytsia_strahovyyh_vyplat.pdf.

9.6. При настанні страхового випадку, визначеного у п. 3.2.2.2. Оферти, розмір страхової виплати залежить від встановленої групи інвалідності: для III-ї групи – 60% від відповідної страхової суми, II-ї групи інвалідності - 80% від відповідної страхової суми, для I-ї групи інвалідності - 100% від відповідної страхової суми. При встановленні первинної інвалідності Застрахованій особі у віці до 18 років, лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів, внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати становить 100% страхової суми.

9.7. При настанні страхового випадку, визначеного у п. 3.2.2.3. цієї Оферти, розмір страхової виплати становить 100% відповідної страхової суми.

9.8. Для здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику протягом 15 календарних днів після закінчення лікування/настання страхового випадку:

9.8.1. заяву про страхову подію;

9.8.2. копію Сертифікату;

9.8.3. документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати;

9.8.4. проїзні документи (за вимогою Страховика), якщо Застрахована особа користувалась громадським транспортом;

9.8.5. інші необхідні документи за вимогою Страховика, пов'язані із страховим випадком, які мають суттєве значення для його підтвердження.

9.9. Додатковий перелік документів за умовами добровільного страхування медичних витрат під час подорожі або перебування на території України»:

9.9.1. медичний висновок лікаря медичного закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу, із зазначенням прізвища та ім'я Застрахованої особи, діагнозу;

9.9.2. рахунок медичного закладу;

9.9.3. квитанції, що підтверджує факт оплати рахунку;

9.9.4. рецепти на придбання ліків;

9.9.5. чеки на придбання виписаних лікарем ліків;

9.10. Додатковий перелік документів за умовами добровільного страхування від наслідків нещасних випадків під час подорожі або перебування на території України:

- 9.10.1. офіційний протокол (оригінал або належним чином завірена копія) про факт настання нещасного випадку з інформацією про посадових осіб, які засвідчили факт настання нещасного випадку, і їх адреси та телефони, з детальним описом обставин нещасного випадку, стану Застрахованої особи щодо її алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння; довідку з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією про вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;
- 9.10.2. довідка медико-соціальної експертної комісії (МЦЕК) про встановлення групи інвалідності для застрахованих старше 18 років та рішення ЛКК для Застрахованих осіб до 18 років – протягом 10 робочих днів з дня отримання рішення МЦЕК або ЛКК;
- 9.10.3. документи компетентних органів, що підтверджують факт настання, причини та наслідки страхового випадку (Н-Н, Н-1, інші);
- 9.10.4. виписку з історії хвороби або медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого.
- 9.11.** Зазначені документи для отримання страхової виплати надаються Страховику у формі оригінальних примірників, або нотаріально завірених копій, або простих копій за умови надання Страховику можливості порівняння цих копій з оригінальними примірниками документів. Якщо зазначені документи надані Страховику не в повному обсязі, не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страховий акт не складається до ліквідації цих недоліків.
- 9.12.** В разі суперечок Страховик має право за свій рахунок провести незалежну експертизу та додаткове медичне чи клінічне обстеження Застрахованої особи у зазначених Страховиком медичних закладах.
- 9.13.** Рішення про виплату страхового відшкодування приймається Страховиком шляхом складання страхового акту протягом 10 календарних днів від дати отримання останнього з необхідних документів, зазначених у п.9.7. цього Договору.
- 9.14.** Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня підписання страхового акту.
- 9.15.** За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страховик може відкласти рішення про виплату або відмову у виплаті до отримання підтвердження або спростування цих причин компетентними органами, на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
- 9.16.** Про відмову у здійсненні страхової виплати (страхового відшкодування) або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови.
- 9.17.** за рішенням Страховика, в електронному вигляді (в форматі електронних заяв, пояснень та інших документів, в тому числі заяв на виплату страхового відшкодування, підписаних в порядку, визначеному чинним законодавством (за допомогою одноразового ідентифікатора, електронного цифрового підпису, кваліфікованого електронного підпису, тощо), скан копій, фото документів). Сторони погодили, що перелік документів, що можуть бути подані та підписані в електронному вигляді не є вичерпним (угоди про врегулювання, Акти огляду, інформація про випадок та ін.) і погоджуються в кожному випадку Страховиком індивідуально. При цьому Страховик має право вимагати надання оригіналів документів, необхідних для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній цим Договором.

10. Строк дії Договору

- 10.1. Строк дії визначений в Сертифікаті Договору.
- 10.2. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Сертифікаті Договору, як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання страхового платежу в розмірі, визначеному в Сертифікаті Договору, Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика). Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж не пізніше 24-00 год. дня, що передуює дати зазначеної в Сертифікаті Договору, як дата початку строку дії Договору. У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.
- 10.3. Відповідальність Страховика починається з моменту перетину Застрахованою особою кордону України (для іноземних громадян) або з моменту перетину місця постійного проживання-граничної межі населеного пункту Застрахованої особи, але не раніше 00-00 годин за Київським часом дня, вказаного, як початок дії Договору (за датою, що настала пізніше), за умовами сплати Страхувальником Страховику страхового платежу.
- 10.4. Відповідальність Страховика закінчується в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з України (для іноземних громадян) або в момент повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання, абоо 24-00 годині дати, визначеної в Сертифікаті страхування кінцевою датою його дії, в залежності від того, яка з цих подій відбулася першою.
- 10.5. При здійсненні Застрахованою особою організованої подорожі автобусом або залізничним транспортом у складі туристичної групи, страховий захист починає діяти з моменту посадки Застрахованої особи в автобус/поїзд.
- 10.6. Договір діє на території України (за винятком території Автономної республіки Крим, м. Севастополя, інших тимчасово окупованих територій України; території проведення антитерористичної операції та/або операції об'єднаних сил, відповідно до визначень, наданих Законами України «Про тимчасові заходи на період проведення антитерористичної операції», «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях» - з усіма змінами і доповненнями, а також на прилеглих до неї підконтрольних органам державної влади України та органам місцевого самоврядування територіях адміністративних районів України, в межах яких знаходяться населені пункти, розташовані на лінії зіткнення, відповідно до Додатку 2 до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 листопада 2014 р. № 1085 з усіма змінами та доповненнями).

11. Порядок зміни і припинення дії договору страхування

- 11.1. Дія цього Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 11.1.1. закінчення строку дії Договору;
- 11.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 11.1.3. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;
- 11.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

- 11.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 11.1.6. вимоги Страхувальника чи Страховика згідно з умовами Правил та чинного законодавства України;
- 11.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 11.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити письмово іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування. При достроковому припиненні договору страхування за вимогою Страховика згода Страхувальника відповідно до Закону України «Про страхування» вважається вже отриманою.
- 11.3. В разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 40%, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов страхування за Договором страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 11.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачену ним страхову премію. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов страхування за Договором страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхову премію за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 40%, та фактичних сум страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.
- 11.5. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України. Крім того, Договір визнається недійсним і не підлягає виконанню у разі, якщо його укладено після страхового випадку. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку. В разі визнання Договору страхування недійсним кожна із Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все, що вона отримала за цим Договором страхування, якщо інші наслідки недійсності Договору страхування не передбачені законодавством України або рішенням суду.
- 11.6. Порядок внесення змін та доповнень в Договір:
- 11.6.1. зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика на основі заяви однієї із Сторін протягом 5 робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною і оформлюються додатковою угодою до Договору страхування, що стає його невід'ємною частиною;
- 11.6.2. якщо одна з Сторін не згодна з внесенням змін в Договір, протягом 5 робочих днів вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії;
- 11.6.3. з моменту одержання заяви однієї із Сторін до моменту прийняття рішення, Договір продовжує діяти на попередніх умовах;
- 11.6.4. в Оферту зміни можуть бути внесені шляхом підписання Додаткової угоди сторонами в спосіб визначений сторонами (паперовій або електронній формі).

12. Права і обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов страхування

12.1. Страховик зобов'язаний:

- 12.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та Договором.
- 12.1.2. Протягом 2 робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі), медичному закладу чи іншій установі.
- 12.1.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у строк, передбачений цим Договором страхування.
- 12.1.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування повідомити про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 5 робочих днів з дати затвердження страхового акта.
- 12.1.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

12.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 12.2.1. Сплатити страховий платіж одноразово, до дати, вказаної в Сертифікаті, як початок дії Договору.
- 12.2.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і вимагаються представником Страховика при укладанні Договору страхування.
- 12.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета договору за цим Договором страхування.
- 12.2.4. Якщо Договір страхування укладається про страхування Застрахованої особи, яка не є Страхувальником, Страхувальник зобов'язаний ознайомити її з Правилами та Договором страхування.

12.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 12.3.1. Виконувати умови Договору страхування.
- 12.3.2. Погодитись на переведення в лікувальний заклад країни постійного проживання для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначить, що стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками дозволяє їй самій, чи в супроводі іншої особи, повернутися в країну/місце постійного проживання.
- 12.3.3. Погодитись на проведення додаткового обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та підтвердження розміру витрат.

12.4. Страховик має право:

- 12.4.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію щодо предмету договору страхування та страхового випадку.
- 12.4.2. Відмовити у страховій виплаті в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) зобов'язань визначених цим Договором.
- 12.4.3. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах або передзаявниками претензій.
- 12.4.4. Протягом встановленого згідно з чинним законодавством України строку позовної давності вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені чинним законодавством України чи

Договором страхування.

12.5. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

12.5.1. На отримання послуг, передбачених п. 4. Договору страхування, у відповідності до обраної Програми страхування.

12.5.2. На отримання страхової виплати.

12.5.3. ініціювати внесення змін в умови Договору та достроково припинити його дію (відмовитися від Договору) згідно з умовами Договору;

12.6. Відповідальність Сторін:

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

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

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

13. Порядок вирішення спорів

13.1. Всі спори за цим Договором вирішуються шляхом переговорів.

13.2. У разі неможливості досягнення згоди шляхом переговорів - всі спори вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

14. Інші умови

14.1. Умови Договору викладено українською мовою та англійською мовами.

14.2. При виявленні розбіжностей пріоритет надається умовам, що викладено українською мовою.

14.3. Положення, які не врегульовані в цьому Договорі, регулюються чинним законодавством України.

14.4. Страхувальник надає Страховику право повідомляти йому будь-яку інформацію, що стосується діяльності Страховика, страхових продуктів, новин, акцій в тому числі комерційні повідомлення та ін. поштою, електронною поштою, засобами телефонного зв'язку чи повідомленнями SMS.

14.5. На виконання вимог Закону «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору (підписанням Сертифікату одноразовим ідентифікатором) Страхувальник надає свою згоду:

а) на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та предмету страхування), з метою виконання умов цього Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку;

б) на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

в) Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника.

14.6. Підписанням даного Договору Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування Страховик повідомив, а Страхувальник отримав всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені частинами першою та другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії». Страхувальник підтверджує, що зазначена інформація є доступною в місцях надання послуг Страхувальникам та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком. У випадку виникнення розбіжностей між Офертою та Сертифікатом (Заявою-Акцептом), Сертифікат матиме перевагу.

14.7. Страхувальник/Застрахована особа надає Страховику право отримувати будь-яку інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи в тому числі від медичних установ, лікарень, тощо а також право розголошувати інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи з метою виконання даного Договору.

14.8. Страхувальник надає свою згоду на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, у межах, необхідних для укладення та/або виконання Договору страхування.

The Offer of Voluntary Comprehensive Travel Insurance or staying on Ukrainian territory (Traveller)

General Part

This public offer of voluntary comprehensive travel insurance or staying on Ukrainian territory (hereinafter the Offer) is the official proposal of Private Joint-Stock Company «Insurance Company «Universalna», (01133, Kyiv, 9, Lesya Ukrainka Blvd.; USREOU 20113829; UA50380805000000000265012169 with Raiffeisen Bank Aval; office@universalna.com) (hereinafter – the Insurer/the Party of the Contract), represented by the Chairman of the Board Oleksii Vasylovych Muzychko, acting on the basis of the Charter, to indefinite number of capable individuals and/or legal entities (hereinafter referred to as the Clients, and after accepting the terms and conditions of this Offer – the Insured's/the Parties of the Contract) to conclude a contract of voluntary comprehensive travel insurance for those travelling abroad (hereinafter referred to as the Contract or the Insurance Contract) on the basis of the Licenses Series АГ No. 569721 dated March 23, 2011, issued by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine, Series АГ No. 569723, dated March 23, 2011, issued by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine, until reissued as a license to carry out insurance activities in accordance with the class (classes) of insurance, taking into account the ratio of type/class of insurance defined in clause 18 of Section XV of the Law of Ukraine "On Insurance", and in accordance with the Law Ukraine "On Insurance", the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", the "Rules of Voluntary Medical Expenses Insurance" dated July 09, 2007, as amended, the "Rules of Voluntary Accident Insurance" dated 30.01.2007, as amended (hereinafter – the Rules). This Offer is a proposal to conclude an insurance contract in electronic form. In case of proposal acceptance by the Client in the manner prescribed by this Offer, the Insurer shall be deemed to have accepted the obligations stipulated by the terms and conditions of this Offer.

The Insurer provides unobstructed access for persons, to whom the offer to conclude an electronic contract is addressed, to electronic documents, including the terms and conditions of the Contract and the proposal itself in a form that makes amendments of the content impossible, on its website <https://universalna.com/contracts-and-offers/travel-insurance/>.

The Contract is concluded following the proposal of the Insurer to conclude it and acceptance thereof by the Client. The proposal of the Insurer to conclude the Contract shall mean the referral by the Insurer to the Offer posted on the website <https://universalna.com/contracts-and-offers/travel-insurance/>. In accordance with Articles 207, 641, 642, 981 of the Civil Code of Ukraine and Articles 11, 12, 13 of the Law of Ukraine On E-Commerce, the unconditional acceptance of the terms and conditions of this Offer by the Client is deemed to be the signing of an electronic Certificate/Accept Application (hereinafter – the Certificate) to the Contract, which is an integral part thereof, on the website www.universalna.com, in the manner stipulated by Art. 12 of the Law of Ukraine On E-Commerce. The identification of the Client under the terms and conditions of this Offer takes place before the conclusion of the Contract by filling in the Client's data electronically.

The Insurance Contract is deemed concluded after the moment of receipt by the Insurer (representative of the Insurer, the Insurer's authorised person) of a Certificate (Accept Application confirming the acceptance of the offer to conclude an insurance contract in electronic form) signed in the manner prescribed by Article 12 of the Law of Ukraine On E-Commerce, subject to payment of the premium by the Insured in terms and manner specified by this Offer.

After signing the Certificate, the Client acquires the status of the Insured and receives the Certificate, which is a proof of conclusion of the Insurance Contract (in electronic form) on the e-mail address indicated when filling in the personal data on the website www.universalna.com and/or in the personal account of the Insured and/or in paper form at the moment of concluding the contract; this Offer is considered to be an Insurance Contract with the Certificate as an integral part thereof. The Parties have agreed that the Contract shall be signed by the Parties in the manner specified in Art. 12 of the Law of Ukraine «On Electronic Commerce». Signature with a one-time ID is used as a signature of the Insured, sent by the Insurer in an SMS to the telephone number of the Insured, specified by him/her when filling in his/her personal data electronically. In this case, the Insured's signing of the Certificate with a one-time identifier is deemed to be the duly signature by the Insured of the Insurance Contract.

The Parties undertake, at the written request of one of the Parties, to reproduce the Contract on paper media, sign and seal it with seals (if any) within 5 (five) working days after the moment of receipt of the corresponding request. In the event when one of the Parties refuses to sign the Insurance Contract, such dispute shall be considered in court.

The Certificate, signed by the Insured in electronic form, will be saved on the Insurer's website at the link www.universalna.com in the Insured's personal account. The Insurer provides unobstructed access to the Insured's personal account with the help of a login (which is the Insured's mobile phone number) and the user's password. In case of any difficulties when registering and/or using the personal account, the Insured may contact the Insurer's contact-center at 0 800 500 381 for assistance. The rest of electronic documents, messages and other information in electronic form is stored by the Insurer and may be provided to the Insured under an individual request by sending to the e-mail address indicated in personal data on the website www.universalna.com (hereinafter – the e-mail address of the Insured) and/or by other means specified by the Insured in the request.

When performing obligations under the Insurance Contract, the Parties may use each other's e-mails for correspondence. The Insured may send an electronic message to the Insurer's e-mail address office@universalna.com (hereinafter referred to as the Insurer's e-mail address).

In the event, when the Client has mistakenly sent the Certificate, the Client may apply to the Insurer's office for early termination of the Contract or making appropriate amendments.

Each Party has the right to initiate amendments to the Contract. Amendments to the Contract shall be made by concluding an Additional Agreement to the Contract in writing.

1. Subject of the Contract

1.1. The subject matter of Insurance shall be transfer by the Insured for a fee of risk related to the Insured Item to the Insurer on terms and conditions specified in Insurance Contract or legislation of Ukraine.

1.2. Life, health and working capacity of the Insured/Insured person shall be the object of insurance.

1.3. Insurance contract is concluded:

1.3.1. For the risk within the insurance class "accident insurance, including insurance against occupational injury and disease" of insurance class 1 "accident insurance (including insurance against occupational injury and disease)";

1.3.2. For the risk within the class of insurance "insurance of medical expenses related to provision of assistance

(assistance) to persons who got into a difficult situation during a trip (trip) in Ukraine or abroad" of insurance class 18 "Insurance of expenses related to provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during a trip".

2. Terminology

2.1. The **Insured Person** shall mean a natural person aged from 1 to 75 years inclusive, in favour of which the Contract is concluded.

Persons with a disability of I, II groups and persons with a status of a disabled child are not accepted for insurance. In case of the Insured's failure to notify about the disability of the Insured Person before the inception of the Insurance Contract, the Contract shall be deemed not concluded in relation to such Insured Person. The Insured Person may acquire rights and obligations of the Insured.

2.2. **The Beneficiary** in case of death of the Insured Person is the heir (heirs) under the current legislation.

2.3. **Deductible shall mean** the part of damages that are not indemnified by the Insurer. The amount of deductible is indicated in the Certificate. Under this Contract, a deductible is provided for each insured event.

2.4. **Acute illness is a sudden**, unpredictable disruption of the vital activity of an organism that has led to a deterioration in the health of the Insured person and which, in the case of failure to provide medical care, may lead to prolonged health disruption or life threatening,

2.5 **Chronic illness** is a disease (illness) with an initial course of more than 6 months or periods of exacerbation more than 3 times a year and / or resistant (non-disappearing during the remission period) morphological changes and functional disorders of tissues and organs.

2.6. **Aggravation of a chronic disease** is a period of the course of a chronic disease (chronic illness), during which there are subjective complaints and objective clinical manifestations of the disease requiring medication and other treatment before returning in the remission period (incomplete, partial remission), which, in the case of failure to provide medical help can lead to prolonged disorder of her health or threaten her life and requires urgent medical attention.

2.7. **Emergency medical care** shall mean the care required in cases which threaten the life and health of the Insured Person and require medical care which cannot be delayed until the return of the Insured Person from the trip abroad. Emergency medical care shall be provided till the normalisation of the Insured Person's condition, namely till the elimination of acute pain, threat to life and health of the Insured Person;

2.8. **Ordinary (passive) tourism** - medical, cultural and sightseeing tourism, pilgrimage (religious) tourism, coastal (beach) tourism and other similar categories of tourism with quiet and not tense, in terms of physical activity, travel program, namely: badminton, billiards, bowling, bridge sports, campus, croquet, darts, archery, table tennis, chess, checkers, roller skating, curling, hiking (hiking) with a tranquil landscape, riding (riding) on a bike (except for mountains) and gyroboards/giroskooters. The aforementioned list of sports is exhaustive for the definition of «Ordinary (passive) tourism».

2.9. **Active tourism** - connected with a significant risk and physical activity, requires courage and skills and/or use of mechanical, transport and other means of travel on land, water, underwater and in the air (except the cases when the Insurant paid for his/her travel in a passenger transport), also the use of animals for travel purposes, bikes, scooters, motorcycles and ATVs, rafting boats or rafts on the rivers or other water and other similar types of activities. Also the Active tourism shall include Sport and Extreme - participation in high-risk activities requiring special skills and training, namely: taking part in sports training and competition for amateur or professional level, and also following sports and tourism: skiing, snowboarding, climbing, caving, scuba diving, hunting, fishing in inaccessible and remote areas, jumping with a parachute, flying with the use of non-motorized vehicles, flying as a pilot, racing vehicles or animals. Active tourism also includes: acrobatics (all kinds), athletics, windsurfing, water skiing, weightlifting, skiing, swimming, powerlifting, jumping in water, figure skating, armsport, all-round (all kinds), cycling (track, highway) , motor sports, rowing, sports gymnastics, carting, equestrian sport, skating sports, contact sports (free fight, Greco-Roman wrestling, judo, Cossack duel, hand-to-hand fight, traditional karate, kickboxing, boxing, judo, wrestling, sambo, sumo), trips (hiking trips) with mountain landscape, polo, rugby, tobogganing, speedway, track shot, football (all), ice hockey, motor sports, helicopter sports, mountain bike, skiing, hang gliding, airplane, motorcycle sports, parachuting, glider sport, hiking (on special routes), rally, slalom (all kinds), rock climbing, speleology, jumping on the ski jump, freestyle acrobatics, trampoline jumping, fishing, stand and shooting, biathlon, bodybuilding, artistic gymnastics, playing sports (basketball, baseball, water polo, volleyball, handball, paintball, hockey on the grass, football, hockey, athletics, rock and roll acrobatic, squash, dance sport, tennis (except diving and mountaineering).

2.10. **Cases occurred in the event of the Insured being executed of any kind of paid work.** The action of this clause of the Contract does not apply to the departure of the Insured person abroad during a business trip. Under official business trip means a trip of an employee abroad for the purpose of participation in conferences, meetings, seminars outside the place of permanent work.

2.11. **Place of permanent residence** - determined territory of the country, where the Insured Person has been living during more than six month per year.

2.12. **Sum insured** - sum of money, in the scope of which the insurer, according to the insurance conditions, is obliged to pay insurance reimbursement/payment of insurance indemnity in insured event.

2.13. **Insurance premium** - rate for the insurance, whose amount is determined in the Principal Part of the Agreement. The insurance payment for the type of insurance in this Agreement is determined as follows: if one type of insurance is insured -

"Medical and other expenses insurance" - 100% of the insurance payment under the Agreement, which is specified in the Agreement Certificate; if two types of insurance are insured - for "Medical and other expenses insurance" - 90% of the total insurance payment and for "Accident insurance" - 10% of the total insurance payment specified in the Contract Certificate.

2.14. **Insurance rate** - premium rate for the exposure unit for the determined insurance period.

3. Insured Accidents and events

3.1. Insurance risk:

3.1.1. shall mean a sudden illness of the Insured Person (acute illness shall mean a sudden, unpredictable disruption of vital activity of the organism, which has led to a deterioration in the health of the Insured Person and which, in the case of failure to provide health care, can lead to prolonged health problems or threaten life, aggravation or complication of a chronic disease) that threatens the life and health of the Insured Person and requires the provision of health, medical and transportation assistance that cannot be postponed until the Insured Person returns from abroad, as evidenced by the

relevant medical documentation.

3.1.2. The insurance accident shall be understood as a sudden, fortuitous, short-term, unintentional event that has actually happened to the Insured Person (the Insurer/the Beneficiary/the successor) irrespectively of his/her will and resulted in his/her health disorder, namely: traumatic injury (traumas, including firearms wounds), wounds, confusions, anaphylactic shock, fortuitous ingress of foreign bodies into airways; drowning; lightning strike or electric shock, burn, freezing injury, overheating, overcooling, animal bites, snake bites, poisonous insect stings etc., accidental poisoning by gasses, chemical substances (industrial or domestic), medicines, food products of bad quality (except for infectious diseases); such diseases as hydrophobia, tetanus, botulism, malaria, encephalitis caused by encephalitic tick bites. Diseases, including sudden and professional, shall not be treated as accidents.

3.2. Insured events:

3.2.1. Medical expenses - outpatient treatment in a health care facility or by a licensed doctor, namely: necessary consultations, diagnostics, treatment, payment for prescribed medication;

3.2.2. Accident:

3.2.2.1. Traumatic injury of the Insured Person's organism due to an Accident regardless of disability degree of the Insured Person;

3.2.2.2. Stable disability of the Insured Person due to an Accident (acknowledgement of the I, II or III disability group); "disabled child" as a result of accident that occurred in the period of validity of the Contract;

3.2.2.3. death of the Insured Person caused by a sudden disease or accident occurred during travelling within the period of duration and territory of validity of the Contract.

3.2.3. The above consequences of accidents shall be recognised as insured events if they have occurred within 12 (twelve) months after the date of accident occurrence.

4. The Programs of the Insurance

4.1. A Program (Medical aid):

4.1.1. acute medical care or conveyance by a vehicle to the nearest state medical institution if this is required by the health level of the Insured Person;

4.1.2. emergency ambulatory care, and in particular: consultations, diagnostics, treatment and payment for the prescribed medicine are necessary in the state medical institution / private hospital under the list price of the state medical institution at the region of the loss event occurrence. The limit on urgent outpatient medical aid can not exceed 20 000 UAH.

4.1.3. urgent in-patient care in the state medical institution / private hospital under the list price of the state medical institution at the region of the loss event occurrence including consultations, diagnostics, treatment, urgent surgical operation, payment of medicaments prescribed by the doctor, staying in standard hospital wards, alimentation being an in-patient according to the standards accepted in a given medical institution. The limit on urgent in-patient medical care can not exceed UAH 20 000;

4.1.4. acute dental-health service on the total sum not exceeding UAH 500, namely: dental examination, X-ray examination, teeth removal or filling due to the acute inflammation of soft dental tissues and / or adjacent tissues or maxillofacial trauma resulted from an accident;

4.1.5. emergency medical evacuation to the hospital nearest to the permanent residence place, if the necessity of evacuation due to an accident or a sudden disease has been justified by the sufficient documents: as well as transport costs required by an escorting person in case of medical certificate availability stating the necessity for such an escort, where the limit of the Insurer's liability amounts to 30% of the insurance sum but in any case no more than 6000 UAH.

Medical evacuation of the Insured Person shall be carried out solely on concord with the Specialized Service of the Insurer (Insurer).

The Insurer shall not cover the costs of treatment of the Insured Person after return of the latter to the permanent residence place.

Provided that the doctors authorized by the Specialized Service of the Insurer (Insurer) believes that the Insured Person's evacuation is possible but the Insured Person refuses from the latter, the Insurer shall immediately stop any payment for services of out-patient and in-patient treatment of the Insured Person. In case of exhausting the limits of the Insurer's liability under clause 4.1.5 to cover the balance of expenses for medical evacuation;

4.1.6. repatriation of the Insured Person's corpus to the permanent residence place in case of the Insured Person's death during the trip, where the limit of the Insurer's liability amounts to 30% of the insurance sum but in any case no more than 6000 UAH.

Repatriation of the Insured Person's corpus shall be arranged solely by the approval of the Specialized Service of the Insurer (Insurer). The receipt of confirmation statement by the relatives of the deceased person on the readiness to take the Insured person's body: and the warranties of covering the balance of expenses for repatriation in case of exhausting the Insurer's liability limit under clause 4.1.5. is a necessary condition for organization of repatriation.

4.2. B Program (Urgent Medical Aid):

4.2.1. acute medical care or conveyance by a vehicle to the nearest state medical institution if this is required by the health level of the Insured Person;

4.2.2. urgent in-patient care in the state medical institution / private hospital under the list price of the state medical institution at the region of the loss event occurrence including consultations, diagnostics, treatment, urgent surgical operation, payment of medicaments prescribed by the doctor, staying in standard hospital wards, alimentation being an in-patient according to the standards accepted in a given medical institution;

4.2.3. emergency medical evacuation to the hospital nearest to the permanent residence place, if the necessity of evacuation due to an accident or a sudden disease has been justified by the sufficient documents: as well as transport costs required by an escorting person in case of medical certificate availability stating the necessity for such an escort, where the limit of the Insurer's liability amounts to 30% of the insurance sum;

Medical evacuation of the Insured Person shall be carried out solely on concord with the Specialized Service of the Insurer (Insurer).

The Insurer shall not cover the costs for continuation of the Insured Person's treatment after return of the latter to the permanent residence place.

Provided that the doctors authorized by the Specialized Service of the Insurer (Insurer) believes that the Insured Person's evacuation is possible but the Insured Person refuses from the latter, the Insurer shall immediately stop any payment for services of out-patient and in-patient treatment of the Insured Person. In case of exhausting the limits of the Insurer's liability under clause 4.2.4. to cover the balance of expenses for medical evacuation;

4.2.4. repatriation of the Insured Person's corpus to the permanent residence place in case of the Insured Person's death during the trip, where the limit of the Insurer's liability amounts to 30% of the insurance sum.

Repatriation of the Insured Person's corpus shall be arranged solely subject to the approval of the Specialized Service of the Insurer (Insurer). Receipt of written application from deceased person's relatives attesting their readiness to accept the Insured Person's corpus shall be the required provision of repatriation arrangement and the warranties of covering the balance of expenses for repatriation in case of exhausting the Insurer's liability limit under clause 4.2.3. is a necessary condition for organization of repatriation

4.3. In the case when the Insured Person used medical or additional services, organised by the Insurer, payments for the services rendered are carried out without the participation of the Insured Person.

4.4. Under the terms of this Contract the Insurer shall indemnify only the treatment of the Insured person, occurring during the term of this Contract. The Insurer shall not indemnify any losses or expenses incurred after the expiry of the Contract, irrespective of whether the Insured person is continued to be treated or not, except for the insured events requiring the inpatient treatment, which started during the term of the Contract. In this case, the Insurer shall indemnify the costs incurred during the term, as well as after the expiry of the Contract at time of hospital discharge of the Insured person, but not more than seven (7) days after the Contract expiration.

5. Sum insured

5.1. Sum insured is indicated in the Principal Part of the Contract.

6. Insurance premium and payment order.

6.1 Insurance premium – rate for the insurance.

6.2. Insurance premium under the Contract is paid by the insured once in full before the start of insurance coverage.

6.3. The date of payment of insurance premium shall be the date of crediting the current account of the Insurer in case of wire transfer;

7. General Reasons for Insurance Payment Dismissal

7.1. The ground for insurance payment dismissal of the Insurer shall be the following:

7.1.1. deliberate acts of the Policy Holder (Insured Person) aimed at insurance accident occurrence, except for acts fulfilled in the state of required self-defence (without exceeding limits of the latter) or defence of property, life, honour protection. Classification of acts of the Policy Holder (Insured Person) shall be established in accordance with the existing legislation of Ukraine;

7.1.2 scintery (wittingly) false information of the insurance object or insurance accident occurrence presented by the Policy Holder (Insured Person);

7.1.3. elucidating obstruction of insured accident circumstances, the nature and extent of damages for the Insurer;

7.1.4. notification failure or undue notification of the Specialized Service of the Insurer on the insurance accident without any valid excuse or untimely submission of the documents to the Insurer to get the insurance payment (insurance compensation);

7.1.5. disrespect of the Contract commitments by the Policy Holder (Insured Person);

7.1.6. disrespect of instructions of the Specialized Service of the Insurer (Insurer);

7.1.7. full loss coverage received by the Policy Holder (Insured Person) from a person that caused the loss;

7.1.8. refusal of the Policy Holder from being inspected or undergoing examination assigned by the Insurer to verify the fact or circumstances of insured accident occurrence or amount of expenses;

7.1.9. the Insured Person's failure to provide the necessary documents within 60 (sixty) calendar days after the date of receipt by the Insured Person of the official request from the Insurer;

7.1.10. other cases, stipulated by the law.

7.2. The following events shall not be recognised as insured events if occurred due to:

7.2.1. sudden environmental degradation as a result of radioactive, chemical or bacteriological pollution of the environment;

7.2.2. participation of the Insured Person in war (declared or not), acts of war, revolts, mutinies, riots, revolutions, strikes, violations of public order, in any acts of terrorism, operations of united forces, military coup or in an attempt to usurp power, in case of rebellion;

7.2.3. service of the Insured Person in any armed forces or units, law enforcement agencies, fire protection or the protection of commercial organisations;

7.2.4. the Insured Person's failure to comply with the requirements for mandatory vaccinations and inoculations;

7.2.5. suicide or attempt to commit suicide by the Insured Person (except when the Insured Person was forced to commit suicide by illegal acts of the third party);

7.2.6. commitment or attempts to commit by the Insured Person of illegal actions which are in direct causal connection with the insured event as confirmed by the competent authorities;

7.2.7. in the case when the Insured Person is exposed to unjustified risk, conscious danger (except for cases of saving life);

7.2.8. use of alcohol and its surrogates, narcotic and toxic substances, medications without the doctor's prescription, staying in a state of narcotic, toxic intoxication;

7.2.9. operation of any conveyance by the Insured Person (car, motorcycle, motorboat, etc.) when the Insured Person has no right to operate such conveyance, in particular, conveyance of a relevant category and/or under alcoholic, narcotic or toxic intoxication, and voluntary transfer of the right to operate conveyance by the Insured Person to a person under alcoholic, narcotic or toxic intoxication or to a person which has no right to operate such conveyance, in particular, conveyance of a relevant category;

7.2.10. execution by the Insured Person of any kind of paid work except for cases where the Insured marked "yes" in the Certificate in the column "Performance any kind of paid work" and paid the insurance premium on the conditions as mentioned above. The action of this clause of the Contract does not apply to the departure of the Insured person abroad during a business trip. Under official business trip means a trip of an employee abroad for the purpose of participation in conferences, meetings, seminars outside the place of permanent work.

7.2.11. departure of the Insured Person for the purpose of studying (except short-terms programs till 30 (thirty) days, except for cases where the Insured marked "yes" in the Certificate in the column "Studying" and paid the insurance premium on the conditions as mentioned above.

7.2.12. provision of medical services to the Insured (Insured Person) connected with active tourism activity, except for cases where the Insured marked "yes" in the Certificate in the column "Active tourism" and paid the insurance premium on the

conditions as mentioned above.

7.2.13. an occurrence of an event outside the territory and/or beyond the period of the Contract.

7.3. The Insurer shall not indemnify expenses related to:

7.3.1. any medical services related to the diagnostics and treatment of chronic diseases (except for exacerbation of a chronic disease that requires emergency/urgent medical care) or congenital diseases (diabetes mellitus, chronic renal failure, cirrhosis of the liver, tuberculosis, cancer, autoimmune, age-related degenerative diseases, heart disease and vascular disease, disease of the hematopoietic system, epilepsy, etc.) and disorders, their complications or consequences that the Insured Person already had at the moment of conclusion of the Contract and required treatment, except when there is an acute threat to life of the Insured Person or the need for targeted measures to eliminate acute pain where the Insurer's limit of liability is UAH 500, depending on the currency of the sum insured under the Contract;

7.3.2. treatment of any concomitant illness and/or symptoms, except when the manifestation or complication of concomitant illness and/or symptoms constitutes a threat to life or health of the Insured Person where the total limit of the Insurer's liability for such events makes UAH 500, depending on the currency of the sum insured under the Contract;

7.3.3. medical services exceeding the necessary when the health condition of the Insured Person has improved, and the Insured Person can independently or accompanied by another person return to the country or place of permanent residence;

7.3.4. surgery on heart and vessels (aorta-coronary bypass, angiography, angioplasty, etc.);

7.3.5. any health care and treatment that is not related to the need of providing emergency medical care to the Insured Person during travel.

7.3.6. plastic surgery, prosthetics, repair, selection and purchase of eyeglasses, hearing aids, corrective or medical devices, appliances, etc.;

7.3.7. eliminating the consequences of self-treatment;

7.3.8. treatment and diagnosis of sexually transmitted diseases or primary sexually transmitted diseases, regardless of the way of transmission and period of disease existence, as well as consequences of such diseases;

7.3.9. treatment, diagnosis and other services regarding diseases, conditions, their consequences directly or indirectly related to HIV infection (human immunodeficiency virus);

7.3.10. mental illnesses, neuroses (panic attacks, depressions, etc.), as well as traumatic injuries associated thereto;

7.3.11. epidemic and pandemic diseases;

7.3.12. acute and chronic radiation sickness;

7.3.13. pregnancy (excluding ectopic pregnancy or acute bleeding, which constitute direct threat to life of the Insured person, where the Insurer's liability limit amounts to 10% of the insurance sum, but in any case no more than 2000 UAH), childbirth, termination of pregnancy;

7.3.14. any health problems, complications or death which occurred due to the failure to fulfil recommendations of the treating doctor, side effects of medications which were not prescribed by a doctor, the side effects of nutritional supplements;

7.3.15. diseases or consequences (complications) of viral hepatitis disease;

7.3.16. diseases and disorders of hearing organs in persons above 16 (a presence of corks, complication is as a result of supercooling or hit of water);

7.3.17. dermatological diseases including fungal diseases, dermatitis of any origin (sun, food, as a result of insect bites, etc.), allergic reactions (except for urgent conditions – Quincke's oedema), solar burns;

7.3.18. accidents occurred before insurance period and / or on the territory of the permanent residence and resulted in additional medical expenses during travelling;

7.3.19. accidents occurred after the Contract termination and the accidents occurred on return of the Insured Person from the trip;

7.3.20. out-patient and in-patient treatment of the Insured Person if the latter refuses from medical evacuation to the permanent residence place, outpatient or hospital treatment of the Insured person, if it refuses from medical evacuation to the place of permanent residence or if it refuses to carry out prescriptions of the attending physician and the Insurer;

7.3.21. medical examination not caused by acute pain, sudden disease and bodily harm, as well as providing care not seriously necessary or acute from the point of view of medicine, or is not included in the treatment prescribed by the doctor;

7.3.22. medical care, which can be postponed till return from the travelling, including surgical operations that to the moment can be replaced with conservative therapy;

7.3.23. prophylactic vaccinations, medical expert and laboratory examinations not related to an insurance accident;

7.3.24. all kinds of plastic and cosmetic surgeries and procedures; all kinds of prosthetics, transplantation and implantation, including vascular bypass/stenting vessels and implantation of pacemakers (cardiac pacemakers). The Insurer will not indemnify expenses for medical devices, replacing or adjusting the functions of affected organs (transplants, prostheses, implants, endoprostheses, stents, hard and soft lenses, prolene meshes, medical equipment (sets for embolisation, dearterialisation, arthroscopic sets, consumables for osteosynthesis, medical products designed to care for patients with any diseases, repair or rental thereof, etc.);

7.3.25. dental health service except for first aid (acute pain relieving) within 500 (five hundred) UAH, if this limit is provided by the chosen insurance program;

7.3.26. physiotherapy treatment and alternative medical treatment methods;

7.3.27. purchase and repair of auxiliary devices (glasses, contact lenses, hearing aids, prosthetics, measuring devices, crutches, sticks, corsets, bandages, orthoses, etc. (except for the purchase of orthoses and bandages up to 150 EUR/USD in case of emergency care to the Insured person), purchase of metal structures for osteosynthesis (plates, screws, fasteners, etc.), purchase of bracing products, hygiene products, baby food, provision of metered dose inhalers for the removal of bronchospasm, spacers, nebulizers;

7.3.28. artificial insemination, infertility treatment, measures to prevent pregnancy;

7.3.29. medical or additional services or provision of medications which exceed the reasonable and necessary amount of payment for the country of stay;

7.3.30. medical evacuation or repatriation organised without the participation of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer);

7.3.31. cases where the travel was made with the intention of receiving treatment;

7.3.32. related to medical care and elimination of effects of atmospheric and water pressure under ICD 10, including decompression and altitude sickness;

7.3.33. any medical services, execution by the Insured Person, if insured cases occurred in the event of the Insured being executed of any kind of paid work except for cases where the Insured marked "yes in the Certificate in the column "Performance any kind of paid work" and paid the insurance premium on the conditions as mentioned above;

7.3.34. transportation of the Insured person from the clinic to the hotel or any other place after the provision of outpatient medical care or discharge from the hospital, except for cases when transportation is a stage of medical evacuation;

7.3.35. litigation, necessary in case of traumatic injury of the Insured person, except two (2) litigations: at the primary inspection and one successive consultation;

7.3.36. The Insurer shall not reimburse expenses for continuation of Insured Person's treatment after return of the latter to the permanent residence destination.

7.3.37. Indemnification for moral damage and loss of profit;

7.3.38. fines, penalties and other financial sanctions, imposed on the Insured;

7.3.39. litigation and claim costs;

7.3.40. any medical services, assistance to the Insured if the insured event occurred due to mountaineering and diving.

7.3.41. The Insurer shall indemnify the expenses on providing emergency care and necessary diagnostics until the diagnosis is made, which is excluded from the insurance coverage in accordance with p.7.3.1, where the Insurer's limit of liability is UAH 500, depending on the currency of the sum insured under the Contract, except p. 7.3.13. of the Contract.

7.3.42. hostilities or hostilities (whether or not war has been declared), invasion of troops, acts of warfare, civil war, acts of terrorism, anti-terrorist operations, operations of joint forces, mutiny, revolution, insurrection, riot, strike, lockout, public (mass) riots, military or illegal seizure of power and/or temporary impossibility (full or partial) of the exercise of their powers by state (local) authorities, confiscation, arrest, requisition, destruction or damage of insured property by order or in case of its use by existing legal or de facto military or civil authorities, law enforcement agencies, including road blockades, persecution, etc. Any act - regardless of the fact of the use of force or violence - and / or the threat of its use, by any person, is recognized as a terrorist act or group(s) of persons, whether acting alone or in association with any organization(s) or government(s), which aims to: intimidate or influence any government and/or society or any part of it, or undermining any segment of the economy, or based on the nature and conditions of application is related to the achievement of political, religious, ideological or similar goals.

The Agreement also excludes any kind of losses, damage, expenses that are directly or indirectly caused, are the result of, or are related to any measures to prevent, eliminate, or suppress any terrorist act, or are otherwise related to them, civil war, military uprising, revolution, mutiny, rebellion, seizure of power by military or civilian forces, robbery and looting, public riots;

7.3.43. losses that occurred on the territory of the Autonomous Republic of Crimea, as well as on the territories that, at the time of the conclusion of this Agreement, are not controlled by the state authorities of Ukraine, in accordance with the Decree of the CMU No. 1085-r dated 07.11.2014 and all subsequent changes and additions;

7.3.44. damages that occurred in territories outside the control of the government of Ukraine (temporarily occupied territories) in Donetsk and Luhansk regions;

7.3.45. damages that occurred on the territories of the administrative districts of Ukraine under the control of the state authorities and local self-government bodies of Ukraine, within which there are settlements located on the contact line, in accordance with Appendix 2 to the Decree of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated November 7, 2014 No. 1085 with all changes and additions.

8. Actions of Insured Person on Insurance Accident Occurrence

8.1. In case of occurrence of an event that may lead to an insured event (in case of insurance risk occurrence), the Insured (the Insured Person or the person representing its interests) before receiving medical or any other assistance provided for by the insurance program, shall notify the Insurer - tel: 0 800 500 381 and comply with all recommendations in respect of receiving and/or paying for health care, medical and transport and/or any other assistance.

In case of receiving emergency medical care in conditions threatening the life of the Insured Person or if such notification cannot be made due to objective reasons, it is necessary to notify the Insurer or the Specialised Service of the Insurer as soon as it becomes possible, but not later than 48 (forty eight) hours after the date of insured event occurrence.

8.2. In this case, the objective reasons shall include the following:

8.2.1. documented unavailability of operating means of communication at the location of the Insured (the Insured Person);

8.2.2. unconsciousness of the Insured Person (in case of absence of any person, who can act on the Insured Person's behalf).

8.3. When applying to the Specialised Service of the Insurer (the Insurer), the following information shall be provided:

8.3.1. full name of the Insured Person;

8.3.2. the actual location of the Insured Person and a contact phone number;

8.3.3. the Contract series and number;

8.3.4. a detailed description of circumstances of event and nature of assistance required;

8.3.5. period of the Contract.

8.3.6. the Insured Person must specifically and fully comply with the instructions of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer).

8.4. The Insured/the Insured Person is obliged to take measures for obtaining confirmatory and other documents from the indicated institutions (healthcare facilities, hotels, etc.).

9. Terms and conditions of insurance indemnity payment

9.1. Upon the occurrence of an insured event specified in paragraph 3.2.1. The Contract, the Insurer, within the limits of the sum insured (limits of liability), shall reimburse the expenses specified in the main part of the Contract:

9.2. The Insured person (Insured) or other institutions, which independently paid for the services rendered. The insurance indemnity payment shall be made by the Insurer in the national currency of Ukraine (hryvnia).

9.3. The Insurer shall indemnify for the expenses stipulated by the terms and conditions of the Contract for medical or other services provided to the Insured during his/her trip or stay in the territory of Ukraine within the sum insured or the Insurer's liability limit for each Insured event.

9.4. The Insurer guarantees payment of insurance indemnity only within the sum insured. If the total amount of payments under the submitted invoices exceeds the sum insured specified in the Certificate, the first indemnity shall be for treatment expenses, and in case of death of the Insured person - for transportation of the body or burial expenses.

9.5. The Insurer shall pay insurance premium to the Insured / Insured Person / Beneficiary as a result of traumatic injury of the Insured Person (3.2.2.1.) in accordance with the "Schedule of Insurance Benefits", which forms an Annex to the Regulations (Annex No. 2) (hereinafter - the "Schedule of Insurance Benefits"). By signing this Contract, the Insured / Insured Person confirm that they read and understood the "Schedule of Insurance Benefits". The list of traumatic injuries and the amount of indemnities are mentioned in the "Schedule of Insurance Benefits" is available on the Insurer's website

at the link https://universalna.com/documents/offers/accident-insurance/Tablytsia_strahovyh_vyplat.

9.6. The Insurer's limit of liability in case of permanent disability of the Insured Person as a result of an accident (disability of I, II, III group):

I group – 100% of the sum insured in case of an accident during travel;

II group – 80% of the sum insured in case of an accident during travel;

III group – 60% of the sum insured in case of an accident during travel.

Given disability of the insured established under 18, medical and advisory committees of medical and preventive treatment facilities of category "child-disabled", as a result of a personal accident, the amount of the insurance payment is 100% of the amount insured.

9.7. The Insurer's limit of liability in case of death of the Insured Person as a result of an accident is 100% of the sum insured under accidents during travel.

9.8. In order to receive the insurance indemnity payment under the terms and conditions of voluntary medical expenses insurance during travel and under the terms and conditions of voluntary accident insurance during travel, the Insured (the Insured Person), their representative, the Beneficiary are obliged to provide the following documents:

9.8.1. insurance payment application of the due form specified by the Insurer and submitted within 15 (fifteen) working days from the date of the end of travelling or medical treatment;

9.8.2. copy of the contract;

9.8.3. documents certifying the identity of the recipient of the insurance payment

9.8.4. travel documents (at the request of the Insurer) if the insured person used public transport

9.8.5. reference accounts issued by the care institution (in the name-forms and proper stamped) specifying: the name of the patient, the precise diagnosis, the resort date, therapy period, detailed nomenclature of the services provided and medicament-diagnostic means prescribed with the determined number and cost of the latter;

9.9. Additional list of documents under the terms and conditions of voluntary medical expenses insurance during travel or staying in Ukraine

9.9.1. medical report by a doctor of a medical institution in which the Insured person received medical assistance, indicating the surname and the name of the Insured person, the diagnosis;

9.9.2. reference accounts issued by the care institution (in the name-forms and proper stamped) specifying: the name of the patient, the precise diagnosis, the resort date, therapy period, detailed nomenclature of the services provided and medicament-diagnostic means prescribed with the determined number and cost of the latter;

9.9.3. documents, which confirm the fact of payment

9.9.4. prescriptions signed by the doctor in charge for purchase of medicaments stating the name of each medicament item;

9.9.5. Checks for the receipt of medicines prescribed by the doctor

9.10. Additional list of documents under the terms and conditions of voluntary accident insurance during travel:

9.10.1. official report (original or duly certified copy) about the fact of accident occurrence with information about officers who witnessed the fact of accident occurrence, and their addresses and phone numbers, detailing the circumstances of the accident, condition of the Insured Person regarding alcohol, toxic or drug intoxication; certificate from healthcare facility with diagnosis and information about alcohol, toxic and narcotic substances in the blood of the injured Insured Person at the moment of accident occurrence or immediately thereafter;

9.10.2. in case of the Insured Person's disability due to an accident – certificate issued by medical and social expert commission (MSEC) (original or copy, stamped by MSEC) regarding disability; original or copies of outpatient medical card stamped by healthcare facility and/or extracts from medical history of the Insured Person indicating diagnosis, information about treatment process, surname, initials, seal of the doctor who issued the extract.

9.10.3. document of authorized bodies confirming the fact of occurrence, causes and consequences of the insured event (H-H, H-1, etc.);

9.9.4 abstracts of outpatients or inpatients medical history or medical record.

9.11 Documents shall be provided to the Insurer in the form of originals or duly notarized copies, or simple copies provided that the reconciliation of such copies with the original copies of documents is possible. All documents submitted to the Insurer shall be clearly written or printed on forms, bear the respective seals and signatures, as well as the name, address and contact telephone number of the issuing organisation.

9.12. If necessary, the Insurer may require the Insured, the Insured Person, the person representing the Insured Person, the heirs of the Insured Person, to submit other documents regarding the circumstances and causes of the insured event and the amount of damages, as well as send independent requests for documents.

9.13. The Insurer shall pay insurance indemnity within 10 (ten) banking days after making a decision to pay the insurance indemnity (insurance claim).

9.14. The Insurer shall cover the insurance payment within 30 (ten) banking days after the decision on insurance payment.

9.15. In case of any reasons for doubt concerning the justification (validity) of insurance indemnity, the Insurer may postpone the decision on payment till receipt of confirmation or refutation of such doubts for a period not exceeding 45 (forty-five) working days. The Insured (the Insured Person) shall be notified in writing by the Insurer about the decision on refusal to pay insurance indemnity or to postpone the payment of insurance indemnity within 5 (five) working days after the Insurer's decision, providing motivation for postponing the payment or explanations of the reasons for refusal.

9.16 The Insurer shall notify the Insured Person in writing of a refusal to make an insurance payment (insurance indemnity) or a decision to postpone the payment within 5 (five) working days, stating the motivation for the decision or justifying the reasons for the refusal.

9.17 by decision of the Insurer, in electronic form (in the form of electronic statements, explanations and other documents, including applications for the payment of insurance compensation, signed in the manner determined by current legislation (using a one-time identifier, electronic digital signature, qualified electronic signature, etc.) , scan copies, photos of documents). The parties agreed that the list of documents that can be submitted and signed electronically is not exhaustive (settlement agreements, inspection reports, information about the case, etc.) and is agreed in each case by the Insurer individually. At the same time, the Insurer has the right to demand the provision of original documents necessary for the payment of insurance compensation, in the form specified by this Agreement.

10. Period of the Contract

10.1. The term of validity is defined in the main part of the Agreement.

10.2. The Contract shall enter into force from 00 h. 00 min. according to the Kyiv time, on the date specified in the Main

part of Contract as the date of commencement of the Contract period, but not earlier than 00 h. 00 min. of the day following the day when the insurance premium is received in the amount specified in the Main part of Contract, by the Insurer (the representative of the Insurer, authorised person of the Insurer), and after the moment when the Insured (the Insured Person) crosses the border control of Ukraine (for foreign citizens) or Insurance protection shall begin as soon as the Insured Person has crossed the boundary of the built-up area which is the place of permanent residence (studies, labour) of the Insured Person and shall be valid till 24 h. 00 min. of the date specified in the Main part of Contract, as the date of expiration of the Contract.

10.3. The Insured is obliged to pay the insurance premium no later than 24 h. 00 min. of the day preceding the date specified in the Main part of Contract as the date of commencement of the Contract period. In case of non-payment by the Insured of the premium within the specified period, the Contract shall be deemed to have not been concluded.

10.4. The Contract expires at 24 h. 00 min. of the date indicated as the expiration date of the Contract in accordance with the terms and conditions specified in the Main part of Contract in the column "Validity Period" and at the moment of crossing by the Insured Person of the border control of Ukraine (for foreign citizens) Insurance protection shall run out as soon as the Insured Person has returned to the place of permanent residence (studies, labour) or at 12:00 a.m. by Kyiv zone time of the day defined as the Contract termination date (on the earlier date).

10.5. If the Insured Person goes for an organized bus trip as a group member, insurance protection shall begin following the moment the Insured Person has boarded the bus.

10.6. The Contract shall be valid only on the territory of Ukraine (except for the territory of the Autonomous Republic of Crimea, Sevastopol, other temporarily occupied territories of Ukraine; the territory of anti-terrorist operation and/or operations of joint forces, according to the definition provided by the Law of Ukraine On Temporary Measures for the Period of the Anti-Terrorist Operation, On State Policy to Ensure State Sovereignty of Ukraine on the Temporarily Occupied Territories in Donetsk and Lugansk Regions, with all amendments and additions, as well as on the territories of administrative districts of Ukraine adjacent to it and controlled by the official state authorities of Ukraine and local self-government authorities, within the limits of which the settlements are situated, located on the collision line in accordance with Annex 2 to the Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1085, dated November 7, 2014, with all amendments and additions).

11. Amendment and termination of the Contract

11.1. The Contract shall be terminated under the agreement of the Parties and in the following cases:

11.1.1. expiration of the Contract period;

11.1.2. fulfilment by the Insurer of its obligations to the Insured Person in full;

11.1.3. liquidation of the Insured legal person or disabling by the insured, except of the events, provided by the Law of Ukraine 11.1.4 liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the Law of Ukraine.

11.1.5. legal decision on the invalidation of the Contract;

11.1.6. requirement of the insurer or the insured according to the conditions of the Rules and the Law of Ukraine.

11.1.7. in other cases provided by the Law of Ukraine and by the Contract.

11.2. The effect of the Contract may be terminated on the request of the insured or the Insurer. About the intension to terminate the Contract any Party shall inform the other Party in written not later than 3 (three) calendar days before the date of the Contract termination. On early termination of the Contract on request of the insurer the contract of the insured, according to the paragraph 28 of the Law of Ukraine "On Insurance" is considered as obtained.

11.3. In case of early termination of the Insurance Contract at the request of the Insured, the Insurer shall refund the Insurance Premium for the period remaining before expiry of this Insurance Contract, minus expenses directly related to conclusion and performance of this Insurance Contract determined when calculating the insurance tariff in the amount of 40% and actual amounts of insurance payments made under this Insurance Contract. If the Insured's claim is related to the Insurer's breach of insurance terms and conditions under the Insurance Contract, the latter shall refund the Insurance Premium paid by the Insured in full.

11.4. In case of early termination of the Insurance Contract at the Insurer's request, the Insurer shall refund the full Insurance Premium paid by the Policyholder. If the Insurer's claim is due to the Insured's failure to comply with the insurance terms and conditions under the Insurance Contract, the Insurer shall refund the Insurance Premium for the period remaining before expiry of the Insurance Contract, minus expenses directly related to conclusion and performance of the Insurance Contract, standardized case management expenses determined when calculating the insurance tariff in the amount of 40%, and actual amounts of insurance payments made under this Insurance Contract.

11.5. The Contract is considered to be ineffective from the moment of its conclusion in case provided by the Civil Code of Ukraine. Besides, the Contract is considered to be ineffective and shall not be accomplished, if it was concluded after the insured event. The Contract is considered to be ineffective judicially. In case of invalidation of the Contract each Party shall return to other Party everything that she received under this Contract, if other consequences of invalidity of the Contract are not provided by the Law of Ukraine or the decision of the court.

11.6. Procedure of alteration of the Contract:

11.6.1. alteration of the Contract conditions is made by the approval of the Insurer and the Insured on the basis of the application of one of the Parties during 5 working days from the moment of application receipt by the other Party and is executed with the additional agreement to the Agreement that becomes its integral part, unless other is stipulated in the insurance Contract.

11.6.2. if one of the Parties does not agree with the alteration of the Contract, during 5 working days the decision on the effect of the Contract under previous or its termination shall be made;

11.6.3. from the moment of the receipt of the application of one of the Parties till the moment of the decision making the Contract is in force under previous conditions.

11.6.4. changes can be made to the Offer by signing the Additional Agreement by the parties in the manner determined by the parties (in paper or electronic form).

12. Rights and obligations of the Parties and liability for failure to perform or improper performance of the Contract terms and conditions

12.1. The Insurer shall be obliged to:

12.1.1. to familiarise the Insured with the terms and conditions of the Offer, the Certificate and the Rules;

12.1.2. within two working days after receiving all necessary documents related to the insured event occurrence, to take measures for timely payment of insurance indemnity;

12.1.3. upon insured event occurrence, to pay the insurance indemnity within the period provided for in Section 5 of this

Offer;

12.1.4. in case of late payment of insurance indemnity, to pay the penalty to the Insured (the Insured Person) of 0.05% of the amount payable, for each day of delay, but not exceeding 10% of the insurance indemnity amount;

12.1.5. not to disclose information about the Insured (the Insured Person), except in cases stipulated by the law.

12.2. The Insured shall be obliged to:

12.2.1. to pay the insurance premium before the date specified in the Principal Part as the inception of the Contract;

12.2.2. upon conclusion of the Contract, to provide information to the Insurer about all known circumstances, which are material for assessing the insurance risk, and to inform the Insurer further about any changes of the insurance risk;

12.2.3. upon conclusion of the Contract, to inform the Insurer about other valid insurance contracts covering the subject matter of the Contract;

12.2.4. when entering into this Contract for the benefit of the Insured Person, to familiarise the Insured Person with insurance terms and conditions;

12.3. The Insured shall (Insured Person shall) be obliged to:

12.3.1. fulfill the terms of the insurance contract;

12.3.2. To agree to be transferred in curative establishment of country of permanent residence for further treatment from that moment, when a doctor will define that the state of health of the Insured person on medical indexes allows to her, or in accompaniment of other person, to go back into a country/residence permanent.

12.3.3. To agree to realization of additional inspection or examination appointed by Insurer with the aim of confirmation of fact and circumstances of offensive of accident insured and confirmation of size of charges.

12.4. The Insurer shall have the right to:

12.4.1. to verify the information provided by the Insured for the conclusion of the Contract;

12.4.2. to refuse to pay insurance indemnity in cases provided hereunder and by the current legislation of Ukraine;

12.4.3. To come forward on behalf of Insure (Insured person) on his errand in judicial bodies or before the declarants of claims;

12.4.4. During the term of limitation of actions set according to the current legislation of Ukraine to require the return of insurance payment, if on it there will be the grounds envisaged by the current legislation of Ukraine or Contract of insurance.

12.5. The Insured Person shall have the right to:

12.5.1. On the receipt of the services envisaged by п. 4. To the contract of insurance, in accordance with select Program of insurance.

12.5.2. On the receipt of insurance payment.

12.5.3. initiate changes to the terms of the Agreement and prematurely terminate its validity (reject the Agreement) in accordance with the terms of the Agreement;

12.6. Responsibilities of the parties

12.6.1. for undue insurance payment to pay the fine to the Policy Holder (the Insured Person) at the rate of 0,01% of the repayable sum for each day of delinquency but not more than 10% of the total amount of insurance payment but no more double registration rate of NBU, that operated in a period for that there is the charged extra fine.;

12.6.2. Insure (Insured person) bears responsibility for authenticity of the given information in case of accident insured in relation to the state of health of the Insured person or accident. In case of grant of unreliable information Insure (By the insured person) Insurer rids of payment of insurance compensation.

12.6.3. Parties are under an obligation during 10 (ten) calendar days in writing to report each other about the change of location (places of registration), bank and other essential elements that is marked in Contract. An insurer reports about a change a location that is marked in Contract, by placing of corresponding information on web-site.

13. Dispute settlement procedure

13.1. All disputes which may arise from this Contract shall be settled through negotiations.

13.2. In case of failure of the Parties to resolve the dispute out of court, the dispute shall be resolved by the court.

14. Miscellaneous

14.1. The terms and conditions of the Contract are drafted in Ukrainian and English.

14.2. In case of any discrepancies, the terms and conditions in Ukrainian shall prevail.

14.3. Provisions not regulated by this Contract shall be regulated by the current legislation of Ukraine

14.4. The Insured gives the Insurer the right to inform the Insured of any information concerning the activities of the Insurer, insurance products, news, promotions, including commercial communications, etc. by mail, e-mail, telephone or SMS.

14.5. Under the requirements of the Law On Personal Data Protection, by concluding this Contract, the Insured provides its consent:

for processing by the Insurer of the Insured's personal data (any information relating to the Insured and the subject of insurance) for the purposes of fulfilment of this Contract, as well as for other marketing purposes, including offering of services to the Insured by the Insurer, including through direct contacts with the Insured via communication means;

for making decisions by the Insurer on the basis of processing personal data of the Insured (in full and/or in part) by information (automated) systems and/or in the card files of personal data;

the Insurer shall have the right for actions with the personal data, which are related to gathering, registration, accumulation, storage, adaptation, alteration, restoration, use and spread (proliferation, sale, transfer), depersonalisation, destruction of information about the Insured.

14.6. By signing this Contract, the Insured confirms that he has received the consent of the Insured Person for the conclusion of this Contract, and is familiar with the information specified in Art. of the Law of Ukraine «On Financial Services and Financial Companies»; all interpretations, terms and conditions of insurance are understood.

In the event of discrepancies between the Offer and the Certificate (Accept Application), the Certificate shall prevail.

14.7. The Insured / Insured person authorizes the Insurer to receive any information concerning the state of health of the Insured / Insured person, including from medical institutions, hospitals, etc., as well as the right to disclose information on the state of health of the Insured / Insured person for the purpose of performing this Contract.

14.8. The Insured agrees to disclose information constituting insurance secrecy to the extent necessary for conclusion and/or performance of Insurance.