

Оферта добровільного комплексного страхування подорожуючих (Візит)

№ 448/10-111 від 12.02.2019р.

Загальні положення

- 1.1. Дана Публічна оферта добровільного комплексного страхування подорожуючих (далі – Оферта) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» (01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9; ЄДРПОУ 20113829; UA50380805000000000265012169 в АТ «Райффайзен Банк Аваль»; 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 подорожуючих за кордон (далі – Договір або Договір страхування) на підставі Ліцензії АГ №569721, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 23 березня 2011 року та відповідно до Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію», «Правил добровільного страхування медичних витрат» від 20.07.2009р. зі змінами та доповненнями, на підставі Ліцензії АГ №569723, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 23 березня 2011 року, та відповідно до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» зі змінами та доповненнями від 03.12.2021 року (далі - Правила). 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.
- 1.2. 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 унеможливує зміну змісту на власному сайті за посиланням <https://universalna.com/pro-kompanyu/publiczni-dogovory-ta-oferty/>.
- 1.3. Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти та її прийняття Клієнтом. Під пропозицією Страховика укласти Договір мається на увазі направлення Страховиком посилання на розміщену на сайті за посиланням <https://universalna.com/pro-kompanyu/publiczni-dogovory-ta-oferty/> Оферту. 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, на сайті www.universalna.com 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 на сайті www.universalna.com.
- 1.4. 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.
- 1.5. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Сертифікаті 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, Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика), та з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді за кордон і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Сертифікаті, як дата закінчення строку дії Договору. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж не пізніше 24-00 год. дня, що передує даті зазначеної в Сертифікаті як дата початку строку дії Договору (якщо інше не передбачено в Сертифікаті (Заяві-Акцепті)). У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.
- 1.6. Дія Договору закінчується о 24 год. 00 хв. дати, зазначеної як дата закінчення строку дії Договору відповідно до умов зазначених в Сертифікаті в графі «Строк дії» та в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону, якщо інші обставини передбачені Договором не призвели до дострокового припинення його дії.
- 1.7. Дія договору триває протягом кількості застрахованих днів, зазначених в Сертифікаті. У випадку використання всіх застрахованих днів (кількість використаних застрахованих днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України в період дії Договору) договір вважається таким, що закінчився у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі.
- 1.8. Договір вважається таким, що не набув чинності по відношенню до Застрахованої особи, що знаходилась за межами території України (країни постійного проживання/перебування або громадянської належності) на дату укладення Договору.
- 1.9. Місцем дії Договору є визначена в Сертифікаті територія дії Договору. Договір на території України (країни постійного проживання/перебування або громадянської належності Застрахованої особи) не діє.
- 1.10. Виключаються з території дії Договору:
- 1.10.1. окремі території країн (адміністративні одиниці), в межах яких відбуваються воєнні конфлікти в період настання страхового випадку;
- 1.10.2. тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території, невизначені Україною в установленому порядку держав;
- 1.10.3. території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.
- 1.11. 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 на сайті www.universalna.com, 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.
- 1.12. 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 даних на сайті www.universalna.com. При цьому підписання Страхувальником Сертифікату одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником договору страхування. В якості підпису Страховиком використовується електронний підпис під текстом даної Оферти у вигляді тексту із зазначенням прізвища ім'я, по-батькові та посади Голови Правління Приватного

акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» та електронна адреса Страховика. Підписання Оферти Страховиком в порядку зазначеному вище вважається належним підписанням Страховиком Договору страхування.

1.13. Сторони зобов'язуються на письмову вимогу однієї зі Сторін відтворити Договір на паперовий носій, підписати та скріпити печатками (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. У випадку якщо одна із Сторін відмовляється підписувати Договір страхування, такий спір розглядається в судовому порядку.

1.14. 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 на сайті www.universalna.com (далі – електронна адреса Страхувальника) та/або іншим способом, вказаним Страхувальником в запиті.

1.15. 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).

1.16. У випадку, якщо Клієнт помилково направив Сертифікат, він може звернутись до офісу Страховика, для дострокового розірвання Договору або внесення відповідних змін.

1.17. 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.

1.18. Спеціалізована Служба Страховика (Асистуюча компанія) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням ПРАТ «Страхова компанія «Універсальна» і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають їй допомогу чи послуги, у разі настання страхового випадку.

1.19. **Застрахована особа** – фізична особа віком від 1 до 75 років включно, на користь якої укладено Договір.

На страхування не приймаються особи з інвалідністю I та особи, що мають статус дитина з інвалідністю. В разі неповідомлення Страхувальником про наявність групи інвалідності у Застрахованій особі до початку дії договору страхування, Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.

1.20. **Вигодонабувачем** у випадку смерті Застрахованої особи є спадкоємець (спадкоємці) згідно з чинним законодавством.

1.21. **Франшиза** – частина витрат, що не відшкодовуються Страховиком. Розмір франшизи зазначається в Сертифікаті. При цьому за умовами даного Договору передбачається франшиза за кожним страховим випадком.

2. Умови добровільного страхування медичних витрат під час подорожі

2.1. Предметом Договору страхування в частині **страхування медичних витрат під час подорожі** є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать закону пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та непередбаченими медичними та додатковими витратами Застрахованої особи під час подорожі.

2.2. Страхові випадки

2.2.1. Страховим ризиком є: раптове захворювання Застрахованої особи (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 загрожувати життю, загострення чи ускладнення хронічного захворювання), що загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи та вимагає надання їй медичної, медично-транспортної допомоги, яка не може бути відкладена до моменту повернення Застрахованої особи із закордонної подорожі, що підтверджується відповідною медичною документацією.

2.2.2. Страховими випадками згідно умов цього Договору є документально підтверджені витрати, необхідність яких викликана дією страхових ризиків під час подорожі, на надані Застрахованій особі медичні та додаткові послуги:

2.2.2.1. невідкладного стаціонарного лікування в медичному закладі, а саме: необхідні консультації, невідкладні діагностичні, лабораторні, інструментальні дослідження, лікування, оперативне втручання, медикаментозне забезпечення, перебування в палаті стандартного типу, палаті інтенсивної терапії, реанімаційній палаті, харчування за нормами, прийнятими у даному медичному закладі; при цьому Страховик залишає за собою право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном в межах ліміту відповідальності згідно п. 2.3.3. до тих пір, доки стан Застрахованої особи не дозволить перевезти її в Україну;

2.2.2.2. екстреної медичної евакуації (далі по тексту – медична евакуація) з-за кордону з місця виникнення надзвичайних обставин спеціалізованим медичним транспортом у найближчий медичний заклад або до лікаря, який може надати кваліфіковану медичну допомогу (при невідкладних станах) в країні тимчасового перебування Застрахованої особи, якщо необхідність евакуації підтверджується відповідними документами.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Залежно від стану здоров'я Застрахованої особи медичну евакуацію можуть здійснювати: авіаційним, залізничним чи автомобільним транспортом із забезпеченням спеціальних умов транспортування або спеціалізованим авіатранспортом. Рішення щодо вибору транспортного засобу мають право приймати лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), враховуючи рекомендації лікуючих лікарів та обираючи варіант медичної евакуації з найменшою вартістю.

Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону.

Якщо лікарі, уповноважені Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а Застрахована особа відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату послуг за стаціонарне лікування Застрахованої особи;

2.2.2.3. репатріації тіла до митного пункту України у випадку смерті Застрахованої особи під час подорожі в результаті дії страхових ризиків. Репатріація тіла Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком). Необхідною умовою для організації репатріації є отримання від родичів померлого заяви-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону та покрити залишок витрат на репатріацію у випадку вичерпання ліміту відповідальності Страховика за п. 2.3.4.;

2.2.2.4. поховання Застрахованої особи за кордоном або кремація тіла Застрахованої особи за кордоном.

При цьому відшкодовуються витрати на суму не більше 500 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору.

Страховик не відшкодовує витрати на отримання дозволу на поховання від адміністративних органів країни;

2.2.2.5. У випадку, якщо Застрахована особа користувалася медичними чи додатковими послугами (п. 2.2.2.1. - 2.2.2.4.), організованими Спеціалізованою Службою Страховика, розрахунки за надані послуги здійснюються без участі Застрахованої особи.

2.3. Страхова сума

2.3.1. Страхова сума на медичні витрати вказується в Сертифікаті.

2.3.2. Ліміт відповідальності Страховика за одним страховим випадком становить 25% від страхової суми на медичні витрати за одним страховим випадком.

2.3.3. Субліміт відповідальності на невідкладне стаціонарне лікування становить 20% від зазначеного в п. 2.3.2. цього Договору ліміту відповідальності Страховика за одним страховим випадком.

2.3.4. Субліміт відповідальності на медичну евакуацію та/або репатріацію становить 80% від зазначеного в п. 2.3.2. цього Договору ліміту відповідальності Страховика за одним страховим випадком. При цьому якщо наслідком дії страхових ризиків є і медична евакуація, і репатріація, загальний ліміт відповідальності Страховика не може перевищувати 80% від зазначеного в п. 2.3.2. цього Договору.

2.4. Причини відмови у страховій виплаті.

2.4.1. Страховик не відшкодує витрати пов'язані з:

2.4.1.1. 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. Ліміт відповідальності Страховика за такими випадками складає – 300 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору;

2.4.1.2. 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;

2.4.1.3. медичними перевезеннями у випадку, коли, на думку лікаря уповноваженого Представником Страховика або Страховиком, Застрахована особа фізично спроможна повернутися до місця її постійного проживання у якості звичайного пасажира регулярного рейсу авіаційного, залізничного, автомобільного, водного транспорту;

2.4.1.4. медично-транспортною допомогою Застрахованій особі в Україні (країні її постійного проживання чи громадянства) крім випадків передбачених п. 2.2.2.2.;

2.4.1.5. 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;

2.4.1.6. хірургічними втручаннями на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, ангіографію, ангіопластику тощо);

2.4.1.7. будь-яким медичним доглядом і лікуванням, що не пов'язані з необхідністю надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги під час подорожі. В межах даного Договору **невідкладною медичною допомогою** є допомога, що 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 із закордонної подорожі. Невідкладна медична допомога надається до нормалізації стану Застрахованої особи, а саме до усунення гострого болю, загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи;

2.4.1.8. пластичною хірургією, протезуванням, ремонтом, підбором і придбанням окулярів, слухових апаратів, коригуючих або медичних пристроїв, приладів тощо;

2.4.1.9. усуненням наслідків самолікування;

2.4.1.10. лікуванням та діагностикою хвороб, що передаються статевим чи переважно статевим шляхом незалежно від шляху їх передачі та часу існування, а також наслідків таких хвороб;

2.4.1.11. лікуванням, діагностикою та іншими послугами з приводу захворювань, станів, їх наслідків, прямо чи опосередковано пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (вірусом імунодефіциту людини);

2.4.1.12. психічними захворюваннями, неврозами (панічні атаки, депресії тощо), а також пов'язаними з ними травматичними пошкодженнями;

2.4.1.13. епідемічними та пандемічними хворобами;

2.4.1.14. гострою та хронічною променевою хворобою;

2.4.1.15. вагітністю (за виключенням позаматкової вагітності або гострої кровотечі, що становить пряму загрозу життю Застрахованої особи, де ліміт відповідальності Страховика становить - 500,00 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору), пологами, перериванням вагітності;

2.4.1.16. 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;

2.4.1.17. захворюваннями або наслідками (ускладненнями) захворювань на вірусні гепатити;

2.4.1.18. захворюваннями та розладами органів слуху, крім гострих отитів.

2.4.1.19. 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;

2.4.1.20. подіями, що виникли до початку строку страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних та додаткових витрат під час подорожі;

2.4.1.21. подіями, що виникли після закінчення дії Договору, а також тими, що мали місце після повернення Застрахованої особи з подорожі;

2.4.1.22. лікуванням Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання або якщо вона відмовляється виконувати призначення лікуючого лікаря та Спеціалізованої Служби Страховика;

2.4.1.23. 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;

2.4.1.24. послугами, які можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які на даному етапі можливо замінити курсом консервативного лікування;

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

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

2.4.1.27. наданням стоматологічної допомоги;

2.4.1.28. фізіотерапевтичним лікуванням, та лікуванням нетрадиційними методами;

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

- 2.4.1.30. штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності;
- 2.4.1.31. медичними або додатковими послугами чи медикаментозним забезпеченням, що перевищують достатні та обґрунтовані розміри їх оплати для країни перебування;
- 2.4.1.32. медичною евакуацією або репатріацією, організованою без участі Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика);
- 2.4.1.33. випадками, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;
- 2.4.1.34. пов'язаними з медичною допомогою та ліквідацією наслідків впливів атмосферного та водного тиску згідно з МКХ 10, включаючи кесонову та висотну хвороби;
- 2.4.1.35. 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 Страхувальником в основній частині Договору в графі «Виконання оплачуваної роботи» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови;
- 2.4.1.36. транспортуванням Застрахованої особи гелікоптером;
- 2.4.1.37. продовженням лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання;
- 2.4.1.38. компенсацією моральної шкоди та упущеною вигодою.
- 2.5.** Страховик відшкодовує витрати на надання невідкладної допомоги та необхідної діагностики до моменту встановлення діагнозу, що є виключенням відповідно до п. 2.4.1.1., де ліміт відповідальності Страховика становить 300 євро/доларів, залежно від валюти страхової суми по Договору, крім п. 2.4.1.15. Договору.

3. Умови добровільного страхування від нещасних випадків під час подорожі

3.1. Предметом договору страхування в частині страхування від нещасних випадків під час подорожі є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3.2. Страхова сума

3.2.1. Страхова сума на нещасні випадки під час подорожі вказується в Сертифікаті.

3.2.2. Ліміт відповідальності Страховика при настанні смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку складає 100% страхової суми по нещасним випадкам під час подорожі.

3.2.3. Ліміт відповідальності Страховика при настанні стійкої втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення інвалідності I-ої, II-ої, III-ої групи):

I групи – 100% страхової суми по нещасним випадкам під час подорожі;

II групи – 80% страхової суми по нещасним випадкам під час подорожі;

III групи – 60% страхової суми по нещасним випадкам під час подорожі.

Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу внаслідок травматичних ушкоджень організму Застрахованої особи згідно Таблиці страхових виплат, що є додатком до Правил добровільного страхування від нещасних випадків (Додаток № 2) (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 розміщено на сайті Страховика за посиланням: <https://universalna.com/pro-kompaniyu/publiczni-dogovori-ta-oferti/turistichne-strahuvannya/tablicya-strahovih-viplat/>

3.3. В частині добровільного страхування від нещасних випадків страховими випадками визнаються:

3.3.1. передбачені Договором наслідки нещасного випадку, що сталися у строк та на території дії Договору, та які підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними установами, правоохоронними органами та ін.), а саме: смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, стійка втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (встановлення інвалідності I-ої, II-ої, III-ої групи), травматичні ушкодження організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку незалежно від ступеню непрацездатності.

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

3.5. 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.

При цьому згідно з умовами даного договору Страховик несе відповідальність за страховими випадками, що мали місце у разі заняття звичайним (пасивним) туризмом та не несе відповідальності за випадками, що мали місце у разі заняття активним туризмом, за винятком випадків, коли Страхувальником в основній частині Договору в графі «Активний туризм» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови.

В розумінні цього Договору, визначення «Звичайний (пасивний) туризм» та «Активний туризм» вживаються в наступному розумінні: **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 гіробордах/гіроскутерах. Вищезазначений перелік видів спорту є вичерпним для визначення «Загальний (пасивний) туризм».

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 проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, моторолерах, 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, гірський 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, автотранспорт, 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, бодібілдинг, 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 та альпінізму, гірського туризму з висотою підйому понад 2000 метрів над рівнем моря).

3.6. Виключення із страхових випадків

3.6.1. захворювань Застрахованої особи, крім зазначених в п. 3.5. Договору.

4. Дії Застрахованої особи у разі настання страхового випадку (за умовами добровільного страхування медичних витрат під час подорожі та умовами добровільного страхування від нещасних випадків під час подорожі)

4.1. 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) повідомити Спеціалізовану Службу Страховика по телефону або іншим чином:

"Remed Assistance"

tel.: +38 044 364 12 62

тільки для текстових повідомлень:

Viber: +90 531 250 45 96

Telegram, IMO: +90 531 250 45 96

Whats App Business +41 78 856 07 42

та виконувати всі 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 або якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин, необхідно повідомити Страховика або Спеціалізовану Службу Страховика як тільки це стане можливо, але не пізніше 48 годин з дати настання страхового випадку.

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

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

4.2.2. непридатний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

4.3. При зверненні до Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) необхідно повідомити наступну інформацію:

4.3.1. прізвище, ім'я Застрахованої особи;

4.3.2. місцезнаходження Застрахованої особи і номер контактного телефону;

4.3.3. серію та номер Договору;

4.3.4. детальний опис випадку і характер необхідної допомоги;

4.3.5. строк дії Договору.

4.3.6. Застрахована особа повинна чітко та в повному обсязі виконувати вказівки Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика).

4.3.7. У разі самостійного звернення Застрахованої особи до медичного закладу/готельного лікаря та/або повідомлення Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) лікарем медичного закладу/готельним лікарем, Страховик гарантує (відшкодовує) письмово обґрунтовані та підтвержені відповідними документами медичні витрати чи додаткові послуги що не перевищують 30,00 євро або скеровує застраховану особу до іншого лікаря (медичного закладу);

4.3.8. Витрати, що перевищують зазначений ліміт у п. 4.3.7. Договору, Страховик має право не відшкодовувати, якщо з ним або Спеціалізованою Службою Страховика не було попередньо письмово погоджено здійснення таких витрат.

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

4.3.10. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа) повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

4.3.11. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана подати Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення подорожі або лікування всі необхідні документи для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

4.3.12. У разі смерті Застрахованої особи потенційний Спадкоємець подає до Страховика письмове повідомлення про настання випадку та документи, необхідні для прийняття рішення по справі, не пізніше 3-х (трьох) місяців з дати смерті Застрахованої особи. При цьому, заяву про страхову виплату та нотаріально завірене свідоцтво про право на спадщину Спадкоємець подає до Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання свідоцтва про право на спадщину.

5. Умови здійснення страхової виплати

5.1. Для отримання страхової виплати за умовами добровільного страхування медичних витрат під час подорожі та за умовами добровільного страхування від нещасних випадків під час подорожі Страхувальник (Застрахована особа), його представник, Вигодонабувач зобов'язані надати наступні документи:

5.1.1. оригінал або копію Оферти (Сертифікату);

5.1.2. копію національного паспорта Застрахованої особи (копія 1-ої, 2-ої, 11-ої сторінок), ID картки;

5.1.3. копію свідоцтва про народження для дитини (при подачі документів за неповнолітніх дітей);

5.1.4. копію закордонного паспорта (копія 1-ї сторінки, візи (якщо є), сторінок з відмітками про перетин кордону країни перебування або інший аналогічний документ Застрахованої особи);

5.1.5. копію довідки про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера;

5.1.6. заяву про страхову виплату, її (його) одержувача із зазначенням способу отримання суми страхової виплати, поштової адреси та банківських реквізитів, що подається протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення подорожі або лікування.

5.2. Додатковий перелік документів за умовами добровільного страхування медичних витрат під час подорожі:

редакція від 23.04.2021

- 5.2.1. оригінали рахунків на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, оригінали платіжних документів (квитанції, чеки тощо) про їх оплату;
- 5.2.2. оригінал медичного рапорту (звіту) на фірмовому бланку з оригінальною печаткою медичного закладу або лікаря, які за кордоном надавали допомогу Застрахованій особі, із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру і дати Акцепту, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), діагнозу, переліку та вартості наданих медичних послуг; медичні висновки лікарів-спеціалістів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень; медичний рапорт (звіт) або довідка лікаря повинні бути засвідчені підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;
- 5.2.3. оригінали рецептів на призначені лікарські засоби та засоби медичного призначення, в яких зазначено назву, кількість лікувального засобу і/або засобу медичного призначення, дата виписки рецепту, прізвище Застрахованої особи, печатка, прізвище та ініціали лікаря, який виписав рецепт.
- 5.3. Додатковий перелік документів за умовами добровільного страхування від нещасних випадків під час подорожі:
- 5.3.1. 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;
- 5.3.2. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ медичного закладу і/або судової- медичної експертизи, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи сталася внаслідок нещасного випадку; документ, що підтверджує право на спадщину спадкоємця Застрахованої особи, якщо він є одержувачем суми страхової виплати (свідоцтво про право на спадщину), копію паспорта та ідентифікаційного номера спадкоємців;
- 5.3.3. при встановленні інвалідності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – довідка медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) (оригінал або копію, завірену печаткою МСЕК) про встановлення групи інвалідності; оригінали або завірені печаткою лікувальної установи копії медичної картки амбулаторного хворого і/або виписки з історії хвороби Застрахованої особи, що містять діагноз, відомості про лікувальний процес, прізвище, ініціали, печатку лікаря, який підготував виписку.
- 5.4. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, особи, яка представляє Застраховану особу, спадкоємців Застрахованої особи інші документи про обставини та причини страхового випадку і розмір збитків, а також самостійно робити запити щодо отримання документів.
- 5.5. Всі документи, що подаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати підписи посадових осіб з відповідними печатками, а також назву, адресу та контактний телефон установи (особи), що їх видала. Рахунки (фактури, інвойси) та фінансові документи, що підтверджують факт оплати (чеки, квитанції, ордери тощо) надаються в оригіналі.
- 5.6. Усі документи надаються Страховику українською, англійською, польською або російською мовами. Якщо документи складені іншими мовами - Застрахована особа має надати офіційний переклад цих документів українською мовою.
- 5.7. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування).
- 5.8. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів, наданих в порядку, передбаченому умовами по конкретному виду страхування.
- 5.9. Усі документи, що надаються Страховику, мають бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон організації, що видала документ.
- 5.10. Усі документи надаються Страховику у формі оригінального або нотаріально засвідченого примірника, або простої копії за умови надання можливості зв'язки цієї копії з оригінальним примірником документа.
- 5.11. Документи надаються офіційному представникові Страховика або безпосередньо Страховику за адресою, вказаною в Сертифікаті.
- 5.12. За наявності підстав для сумніву щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин на строк не більше 45 (сорока п'яти) робочих днів.
- 5.13. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) протягом 5 (п'яти) робочих днів з викладенням мотивації прийнятого рішення або обґрунтуванням причин відмови.
- 5.14. Страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні) по курсу НБУ на дату настання страхового випадку. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Факт здійснення Страховиком страхової виплати підтверджується дорученням відповідним платіжним документом.
- 5.15. Сума страхової виплати не може перевищувати ліміти відповідальності по конкретному виду страхування, відповідно до умов Договору.
- 5.16. Страхова сума по конкретному виду страхування зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати. Сума всіх страхових виплат не може перевищувати страхову суму, розмір якої зазначений в Сертифікаті окремо по кожному виду страхування.
- 5.17. Страховик не відшкодує франшизу, зазначену в Сертифікаті.
- 5.18. Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу, медичним та ін. установам відповідно до умов Договору.

6. Загальні причини відмови у страховій виплаті

- 6.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
- 6.1.1. 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;
- 6.1.2. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;
- 6.1.3. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 6.1.4. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) про настання страхового випадку без поважних на це причин або невчасне подання документів Страховику для отримання страхової виплати;
- 6.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
- 6.1.6. невиконання або порушення вказівок Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика);
- 6.1.7. отримання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, винної у їх заподіянні;
- 6.1.8. відмова Страхувальника від обстеження або експертизи, призначеної Страховиком з метою підтвердження факту та обставин настання страхового випадку та розміру витрат;
- 6.1.9. самостійного звернення Застрахованої особи в медичний заклад не рекомендований Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком);

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

6.1.11. інші випадки, передбачені законом.

7. Не визнаються страховими випадками події у разі:

- 7.1. раптового погіршення екологічної ситуації через радіаційне, хімічне та бактеріологічне забруднення навколишнього середовища;
- 7.2. участі Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушення громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, операції об'єднаних сил, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вининенні заколоту;
- 7.3. служби Застрахованої особи у будь-яких військових силах чи формуваннях, в правоохоронних структурах, пожежній охороні, в охороні комерційних структур;
- 7.4. недотримання Застрахованою особою вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;
- 7.5. вчинення самогубства або замаху на самогубство Застрахованою особою (за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб);
- 7.6. 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;
- 7.7. нараження Застрахованої особи на невиправданий ризик, свідому небезпеку (за винятком рятування життя);
- 7.8. вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних та токсичних речовин, медичних препаратів без призначення лікарем, перебування у стані наркотичного, токсичного сп'яніння;
- 7.9. 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;
- 7.10. виконання Застрахованою особою будь якого виду оплачуваної роботи за винятком випадків, коли Страхувальником в Основній частині Договору в графі «Виконання оплачуваної роботи» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови. Дія даного пункту не поширюється на виїзд Застрахованої особи за кордон в службове відрядження. Під службовим відрядженням розуміється поїздка працівника за кордон з метою участі в конференціях, нарадах, зустрічах, семінарах поза місцем постійної роботи.
- 7.11 виїзду Застрахованої особи з метою навчання (крім короткострокових навчальних програм строком до 30 (тридцяти) календарних днів), за винятком випадків, коли Страхувальником в Основній частині Договору в графі «Навчання» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови.
- 7.12 надання медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі) пов'язаних з заняттям активним туризмом, за виключенням випадків, коли Страхувальником в Основній частині Договору в графі «Активний туризм» зазначено «так» та сплачено страховий платіж з врахуванням вказаної умови.
- 7.13. настання події поза територією та/або поза строком дії Договору.

8. Загальні умови

8.1. Строк та місце дії Договору

8.1.1. Територія дії зазначається в Сертифікаті як окрема країна та/або одна з географічних зон.

8.1.2. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Сертифікаті 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, Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика), та з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю України при виїзді за кордон і діє до 24 год. 00 хв. дати, зазначеної в Сертифікаті, як дата закінчення строку дії Договору. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж не пізніше 24-00 год. дня, що передує даті зазначеної в Сертифікаті як дата початку строку дії Договору. У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

8.1.3. Дія Договору закінчується о 24 год. 00 хв. дати, зазначеної як дата закінчення строку дії Договору відповідно до умов зазначених в Сертифікаті в графі «Строк дії» та в момент проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при поверненні з-за кордону, якщо інші обставини передбачені Договором не призвели до дострокового припинення його дії.

8.1.4. Якщо Договір передбачає багаторазові подорожі, то Страховик несе відповідальність у межах сумарної кількості днів перебування за кордоном, яка зазначена в Договорі, за період страхування в форматі 360/180, (або 180/30 і т.д.), де 360 – загальна кількість днів дії договору, а 180 – кількість днів перебування за кордоном. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору. У випадку використання Застрахованою особою всіх днів перебування за кордоном, згідно умов Договору, Договір вважається таким, що закінчився у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі. При цьому договір припиняє свою дію в 24 год. 00 хв. на 180 день перебування Застрахованої особи за кордоном в межах строку дії Договору.

Підтвердженням тимчасового перебування за кордоном є віза або її аналоги та позначки у паспорті для виїзду за кордон. У випадку якщо Застрахована особа в період дії Договору страхування змінює свій статус туриста та отримує право на постійне (у т. ч., з визначеним терміном) проживання/перебування за межами України, Договір страхування припиняє свою дію по відношенню до такої Застрахованої особи в день отримання Застрахованою особою документів, що дають право на постійне (у т. ч., з визначеним терміном) проживання/перебування за межами України.

8.1.5. Договір вважається таким, що не набув чинності по відношенню до Застрахованої особи, що знаходилась за межами території України на дату укладення Договору.

8.1.6. Договір на території України, країни постійного проживання Застрахованої особи або країни громадянської належності Застрахованої особи не діє.

8.1.7. Виключаються з території дії Договору:

8.1.8. окремі території країн (адміністративні одиниці), в межах яких відбуваються воєнні конфлікти в період настання страхового випадку;

8.1.9. тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території, території невизнаних Україною в установленому порядку держав;

8.1.10. території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздки до перетину Застрахованою особою кордону.

8.2. Права та обов'язки Сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

8.2.1. Страховик зобов'язаний:

8.2.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Оферти, Сертифікату і Правилами;

8.2.1.2. протягом двох робочих днів, після отримання всіх необхідних документів щодо настання страхового випадку, вжити заходів для своєчасного здійснення страхової виплати;

8.2.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений розділом 5 цієї Оферти строк;

8.2.1.4. за несвоєчасне здійснення страхової виплати сплатити Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 0,05% від суми, що підлягає виплаті, за кожен день прострочення, але не більше 10% від суми страхової виплати

8.2.1.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу), за винятком випадків, встановлених законом.

8.2.2. Страховик має право:

8.2.2.1. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених цим Договором та чинним законодавством України;

8.2.2.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;

8.2.2.3. подавати запити в медичні установи, компетентні органи і ін. стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;

8.2.2.4. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому даним Договором. У випадку здійснення страхової виплати Страхувальнику, виплата Застрахованій особі за тим самим випадком не здійснюється;

8.2.2.5. у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події;

8.2.2.6. здійснювати фотозйомку, аудіо та відеозапис подій та розмов, пов'язаних з виконанням Сторонами умов цього Договору;

8.2.2.7. не відшкодовувати будь-які непрямі збитки Застрахованої особи.

8.2.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.3.1. при укладанні Договору на користь Застрахованої особи – ознайомити її з умовами страхування;

8.2.3.2. сплатити страховий платіж до дати вказаної в Сертифікаті як початок дії Договору;

8.2.3.3. при укладанні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати про будь-яку зміну страхового ризику;

8.2.3.4. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші договори страхування, укладені щодо предмета Договору;

8.2.3.5. повідомити про настання страхового випадку та виконувати вказівки Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) щодо порядку отримання медичних чи інших послуг;

8.2.3.6. надати Страховику всі необхідні документи та інформацію щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування);

8.2.3.7. на вимогу Страховика доводити факт настання страхового випадку, неможливість встановлення зв'язку з Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком), обґрунтовувати необхідність або розмір здійснених витрат;

8.2.3.8. передати Страховику в межах фактичних затрат право вимоги на відшкодування збитків, яке має Страхувальник до особи, відповідальної за заподіяний збиток.

8.2.3.9. у випадку укладення Договору на користь Застрахованої особи, отримати згоду Застрахованої особи на укладення даного Договору.

8.2.4. Страхувальник має право:

8.2.4.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому даним Договором;

8.2.4.2. оскаржити у судовому порядку відмову Страховика у здійсненні страхової виплати (страхового відшкодування);

8.2.4.3. звертатися до Спеціалізованої Служби Страховика (Страховика) за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;

8.2.4.4. у випадку порушення Страховиком умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;

8.2.4.5. отримати дублікат Договору на підставі письмової заяви при втраті цього Договору (повторний дублікат не видається).

8.2.5. Застрахована особа зобов'язана:

8.2.5.1. повідомити Спеціалізовану Службу Страховика (Страховика) про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором страхування;

8.2.5.2. звернутися за наданням медичної допомоги в медичний заклад рекомендований Спеціалізованою Службою Страховика (Страховиком) за виключенням невідкладних станів що загрожують життю та здоров'ю Застрахованої особи;

8.2.5.3. проходити лікування, у відповідності до призначень лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

8.2.5.4. турбуватись про зберігання страхових документів і не передавати їх іншим особам для отримання останніми медичних послуг;

8.2.5.5. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

8.2.5.6. повернути Страховику суму страхової виплати у випадку виявлення обставин, що позбавляють Застраховану особу (Медичний заклад/Спеціалізовану службу Страховика) права на його отримання, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня виявлення таких обставин;

8.2.5.7. при настанні страхового випадку діяти в порядку, визначеному даним Договором.

8.2.6. Застрахована особа має право:

8.2.6.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому в Договорі; у випадку, якщо Застрахована особа є повнолітньою, дієздатною, та самостійно звернулась до Страховика із заявою про здійснення страхової виплати. У випадку здійснення страхової виплати Застрахованій особі, виплата Страхувальнику за тим самим випадком не здійснюється;

8.2.6.2. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

8.2.7. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

8.2.8. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа) повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

9. Порядок зміни і припинення дії Договору

9.1.1. Зміни до Договору вносяться за домовленістю Сторін на підставі заяви однієї із Сторін та оформлюються письмово окремим документом за підписами обох Сторін, який з дати підписання є невід'ємною частиною цього Договору.

9.1.2. Договір припиняє свою дію за згодою Сторін, а також у разі:

9.1.2.1. закінчення строку дії;

9.1.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі;

9.1.2.3. у випадку несплати Страхувальником платежу у визначений Договором строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

9.1.2.4. У разі дострокового повернення на територію України, з моменту, коли Застрахована особа, яка повертається із закордонної подорожі, перетне державний кордон при в'їзді в Україну (країну її постійного проживання чи громадянства).

9.1.2.5. Договір, оформлений після виїзду Застрахованої особи за територію України, вважається не укладеним.

9.1.2.6. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.2.1. Дія Договору страхування може бути припинена достроково за вимогою Страховика або Страхувальника.

9.2.2. Страховальник або Страховик зобов'язаний повідомити іншу Сторону про свій намір відмовитися від Договору не пізніше, як за 5 (п'ять) календарних днів до дня припинення Договору.

9.2.3. Якщо Страховальник відмовився від Договору до початку дії страхового захисту, Страховик повертає Страховальнику сплачений ним страховий платіж та має право на вирахування нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40%.

9.2.4. Якщо Страховальник відмовився від Договору, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

Якщо відмова Страховальника від Договору страхування обумовлена порушенням умов Договору страхування Страховиком, Страховик повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

9.2.5. Якщо Страховик відмовився від Договору, Страховик повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

Якщо відмова Страховика від Договору обумовлена невиконанням Страховальником умов Договору, Страховик повертає Страховальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

10. Порядок вирішення спорів

10.1. Спори, пов'язані з даним Договором, вирішуються шляхом переговорів.

10.2. У разі неможливості сторін вирішити спір в позасудовому порядку спір передається на розгляд суду за місцезнаходженням Страховика – м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9.

11. Інші умови

11.1. Умови Договору викладено українською та англійською мовами.

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

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

11.4. Страховальник 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.

11.5. На виконання вимог Закону «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страховальник надає свою згоду:

а) на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страховальника та предмету страхування), з метою виконання умов цього Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страховальнику 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 Страховальника (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 Страховальника.

11.6. Підписанням цього Договору, Страховальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованої особи на укладення цього Договору, з інформацією, зазначеною в частині другій ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» ознайомлений, всі тлумачення, терміни та умови страхування зрозумілі.

11.7. У випадку виникнення розбіжностей між Офертою та Сертифікатом (Заявою-Акцептом), Сертифікат матиме перевагу.

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

The Offer of Voluntary Comprehensive Travel Insurance (Visit)

№ 448/10-111 from 12.02.2019

1. General provisions

1.1. This public offer of voluntary comprehensive travel insurance (hereinafter the Offer) is the official proposal of Universalna Insurance Company, Private Joint Stock Company (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 License AG No. 569721 dated March 23, 2011, issued by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine and in accordance with the Law Ukraine On Insurance, the Law of Ukraine On E-Commerce, the Rules of Voluntary Medical Expenses Insurance dated July 20, 2009, as amended, on the basis of the License AG No. 569723, dated March 23, 2011, issued by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine, and according to the "Rules of Voluntary Accident Insurance" as amended on December 03, 2021 (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.

1.2. 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 at <https://universalna.com/pro-kompanyu/publiczni-dogovory-ta-oferty/>.

1.3. 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 at <https://universalna.com/pro-kompanyu/publiczni-dogovory-ta-oferty/>. 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 on the website www.universalna.com.

1.4. 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.

1.5. The Contract shall enter into force from 00 h. 00 min. according to the Kyiv time, of the date specified in the Certificate 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 Certificate, 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 upon departure abroad and shall be valid till 24 h. 00 min. according to the Kyiv time, of the date specified in the Certificate as the date of expiration of the Contract. The Insured is obliged to pay the insurance premium no later than 24 h. 00 min. of the date preceding the date specified in the Certificate as the date of commencement of the Contract period (unless otherwise provided in the Certificate (Accept Application)). 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.

1.6. 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 Certificate in the column "Validity Period" and at the moment of crossing by the Insured Person of the border control of Ukraine upon returning from abroad, unless other circumstances provided by the Contract lead to early termination thereof.

1.7. The Contract is valid for a number of insured days indicated in the Certificate. In case of expiry of all insured days (the number of expired insured days shall be determined by summing up days of stay outside the territory of Ukraine within the period of the Contract), the Contract shall be deemed expired as a result of the fulfilment of the Insurer's obligations to the Insured Person in full.

1.8. The Contract is considered not effective in relation to the Insured Person who was outside the territory of Ukraine (the country of permanent residence/stay or citizenship) on the date of conclusion of the Contract.

1.9. The territory of the Contract is the territory specified in the Contract. The Contract is not valid in the territory of Ukraine (the country of permanent residence/stay or citizenship of the Insured Person).

1.10. The following territory shall be excluded from the Contract coverage:

1.10.1. the territory of the countries (administrative units), within which there are military conflicts during the period of insured event occurrence;

1.10.2. temporarily occupied, annexed or disputed territories, territories of countries unrecognised by Ukraine in established order;

1.10.3. territories regarding which the Foreign Ministry of Ukraine issued a recommendation not to travel before the Insured Person cross their border.

1.11. 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.

1.12. 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 E-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, indicated when filling in the data on the website www.universalna.com. 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. As its signature, the Insurer uses an electronic

signature under the wording of this Offer, in the form of a text with the surname, name, patronymic and position of the Chairman of the Board of Universalna Insurance Company, Private Joint Stock Company, and the Insurer's e-mail address. The signature of the Offer by the Insurer in the manner indicated above is deemed to be the duly signing of the Insurance Contract by the Insurer.

1.13. 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.

1.14. 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-centre 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.

1.15. 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).

1.16. 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.

1.17. 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.

1.18. The Insurer's Specialised Service (the Assistance Company) is a legal entity acting on behalf of Universalna Insurance Company PJSC, which coordinates the actions of the Insured Person and the persons providing the Insured Person with assistance or services in the event of insured event occurrence.

1.19. **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 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.

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

1.21. **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. Terms and conditions of voluntary medical expenses insurance during travel

2.1. The subject of the Insurance Contract in part of **medical expenses insurance during travel** is the property interests of the Insured (the Insured Person) that do not contradict the law and are related to life, health, working ability and unexpected medical and additional expenses of the Insured Person during travel.

2.2. Insured events

2.2.1. Insurance risk 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.

2.2.2. Insured events under the terms and conditions of this Contract are the documented expenses, the necessity of which is caused by the effect of insurance risks during travel, incurred for medical and additional services provided to the Insured Person:

2.2.2.1. urgent in-patient treatment in a health care facility, namely the necessary consultations, immediate diagnostic, laboratory, instrumental studies, treatment, surgery, medication, stay in a ward of standard type, intensive care ward, reanimation ward, nutrition according to the standards of a health care facility; the Insurer reserves the right to pay for in-patient treatment of the Insured Person abroad within the limit of liability under p. 2.3.3. as long as the condition of the Insured Person does not allow transportation to Ukraine;

2.2.2.2. emergency medical evacuation (hereinafter referred to as medical evacuation) from abroad from the place of emergency by specialised medical transport to the nearest health care facility or to a doctor who can provide qualified health care (in urgent conditions) in the country of temporary stay of the Insured Person, if the need for evacuation is confirmed by the relevant documents.

Medical evacuation of the Insured Person shall be carried out only with the consent of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer). Depending on the health condition of the Insured Person, medical evacuation can be made by air, rail or road transport with special transport conditions or by specialised air transport. The decision on choosing the mode of transportation shall be made by the doctors authorised by the Specialised Service of the Insurer (the Insurer), taking into account the recommendations of the treating doctors and choosing the option of medical evacuation with the lowest cost.

The Insurer shall not indemnify the expenses for the continuation of treatment of the Insured Person after the return to the place of permanent residence from abroad.

If the doctors authorised by the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) believe that the evacuation of the Insured Person is possible and the Insured Person refuses from it, the Insurer shall immediately terminate payment for inpatient treatment of the Insured Person;

2.2.2.3. repatriation of a body to the customs post of Ukraine in case of death of the Insured Person during travel as a result of insurance risks. Repatriation of the Insured Person's body shall be carried out only with the consent of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer). The condition precedent for the organisation of repatriation is to obtain from the relatives of the deceased a statement confirming their readiness to take the body of the Insured Person after crossing the border and cover the remainder of expenses for repatriation in case of exhaustion of the Insurer's limit of liability under p. 2.3.4.;

2.2.2.4. burial of the Insured Person abroad or cremation of the Insured Person's body abroad.

Expenses in the amount not exceeding EUR/USD 500, depending on the currency of the sum insured under the Contract, shall be indemnified. The Insurer shall not indemnify the costs of obtaining permission for burial from the administrative authorities of the country;

2.2.2.5. In the case when the Insured Person used medical or additional services (p. 2.2.2.1. – 2.2.2.4.), organised by the Specialised Service of the Insurer, payments for the services rendered are carried out without the participation of the Insured Person.

2.3. Sum insured

2.3.1. Sum insured under medical expenses is indicated in the Certificate.

2.3.2. The Insurer's limit of liability per one insured event is 25% of the sum insured under medical expenses per one insured event.

2.3.3. The sublimit of liability under urgent in-patient treatment is 20% of the Insurer's limit of liability per one insured event specified in p. 2.3.2. of this Contract.

2.3.4. The sublimit of liability for medical evacuation and/or repatriation is 80% of the Insurer's limit of liability per one insured event specified in p. 2.3.2. of this Contract. If insurance risk occurrence results in medical evacuation and repatriation, the Insurer's total limit of liability shall not exceed 80% of the limit specified in p. 2.3.2. of this Contract.

2.4. Reasons for refusal to pay insurance indemnity.

2.4.1. The Insurer shall not indemnify expenses related to:

- 2.4.1.1. 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 EUR/USD 300, depending on the currency of the sum insured under the Contract;
- 2.4.1.2. 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;
- 2.4.1.3. medical transportation in the event when, at the opinion of the doctor authorised by the Representative of the Insurer or by the Insurer, the Insured Person is physically able to return to the place of its permanent residence as an ordinary passenger of a regular voyage by air, train, road or water transport;
- 2.4.1.4. medical and transport assistance to the Insured Person in Ukraine (country of permanent residence or citizenship), except as provided in p. 2.2.2.2.;
- 2.4.1.5. 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;
- 2.4.1.6. surgery on heart and vessels (aorta-coronary bypass, angiography, angioplasty, etc.);
- 2.4.1.7. any health care and treatment that is not related to the need of providing emergency medical care to the Insured Person during travel. Under this Contract, **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;
- 2.4.1.8. plastic surgery, prosthetics, repair, selection and purchase of eyeglasses, hearing aids, corrective or medical devices, appliances, etc.;
- 2.4.1.9. eliminating the consequences of self-treatment;
- 2.4.1.10. 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;
- 2.4.1.11. treatment, diagnosis and other services regarding diseases, conditions, their consequences directly or indirectly related to HIV infection (human immunodeficiency virus);
- 2.4.1.12. mental illnesses, neuroses (panic attacks, depressions, etc.), as well as traumatic injuries associated thereto;
- 2.4.1.13. epidemic and pandemic diseases;
- 2.4.1.14. acute and chronic radiation sickness;
- 2.4.1.15. pregnancy (except for ectopic pregnancy or acute bleeding, which constitutes a direct threat to the life of the Insured Person, where the Insurer's limit of liability is ER/USD 500.00, depending on the currency of the sum insured under the Contract), childbirth, abortion;
- 2.4.1.16. 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;
- 2.4.1.17. diseases or consequences (complications) of viral hepatitis disease;
- 2.4.1.18. diseases and disorders of hearing organs, except acute otitis;
- 2.4.1.19. 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;
- 2.4.1.20. events occurring before the commencement of insurance period and/or at the territory of permanent residence, which led to medical or additional expenses during the travel;
- 2.4.1.21. events which occurred after the expiry date of the Contract, as well as those, occurred after the Insured Person returned from travel;
- 2.4.1.22. treatment of the Insured Person if the person refuses from medical evacuation to the place of permanent residence or if the person refuses to follow the prescriptions of the treating doctor and the Specialised Service of Insurer;
- 2.4.1.23. medical examinations that are not the consequences of acute pain, sudden illness and bodily injury, scheduled and control visits to the doctor, as well as the provision of services that are not reasonably necessary or urgent from the medical point of view, or not included in the treatment prescribed by the doctor;
- 2.4.1.24. services which can be postponed until the return from travel, including surgical operations, which at this stage may be replaced by a course of conservative treatment;
- 2.4.1.25. preventive vaccinations, medical examinations and laboratory tests not related to the insured event;
- 2.4.1.26. 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.);
- 2.4.1.27. dental care;
- 2.4.1.28. physiotherapy treatment and alternative medical treatment methods;
- 2.4.1.29. purchase and repair of auxiliary devices (glasses, contact lenses, hearing aids, prosthetics, measuring devices, crutches, sticks, corsets, bandages, orthoses, etc.), 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;
- 2.4.1.30. artificial insemination, infertility treatment, measures to prevent pregnancy;
- 2.4.1.31. medical or additional services or provision of medications which exceed the reasonable and necessary amount of payment for the country of stay;
- 2.4.1.32. medical evacuation or repatriation organised without the participation of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer);
- 2.4.1.33. cases where the travel was made with the intention of receiving treatment;
- 2.4.1.34. related to medical care and elimination of effects of atmospheric and water pressure under ICD 10, including decompression and altitude sickness;
- 2.4.1.35. 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;
- 2.4.1.36. transportation of the Insured Person by helicopter;

2.4.1.36. transportation of the Insured Person by helicopter;

2.4.1.37. continuation of treatment of the Insured Person after the return to the place of permanent residence;

2.4.1.38. indemnification for moral damage and loss of profit.

2.5. 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. 2.4.1.1, where the Insurer's limit of liability is EUR/USD 300, depending on the currency of the sum insured under the Contract, except p. 2.4. 1.15. of the Contract.

3. Terms and conditions of voluntary accident insurance during travel

3.1. The subject of the Insurance Contract in part of accident insurance during travel is the property interests of the Insured (the Insured Person) that do not contradict the law, related to life, health and working ability of the Insured Person.

3.2. Sum insured

3.2.1. The sum insured under accidents during travel is indicated in the Certificate.

3.2.2. 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.

3.2.3. 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.

The Insurer shall pay insurance premium to the Insured / Insured Person / Beneficiary as a result of traumatic injury of the Insured Person 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/pro-kompaniyu/publiczni-dogovori-ta-oferti/turistichne-strahuvannya/tablicya-strahovih-viplat/>

3.3. In the part of voluntary accident insurance, insured events shall be the following:

3.3.1. consequences of an accident stipulated by the Contract that occurred within the period and on the territory of the Contract and which is confirmed by documents issued by the competent authorities in accordance with the procedure established by the law (health care facilities, law enforcement agencies, etc.), namely the death of the Insured Person as a result of an accident, permanent disability of the Insured Person as a result of an accident (disability of I, II, III group), traumatic injury to the organism of the Insured Person as a result of an accident, regardless of the degree of disability.

3.4. 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.

3.5. 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.

At the same time according to conditions of the Contract Insurer takes responsibility for insured cases occurred during Ordinary (passive) tourism and the Insurer is not responsible for cases that occurred during Active tourism, except cases, when Insured Person in the Certificate in the graph «Active tourism» is marked «yes» and was paid with premium that included this condition.

In the meaning of this Contract, the definition of «Ordinary (passive) tourism» and «Active tourism» are used in the following sense:

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/girokooters. The aforementioned list of sports is exhaustive for the definition of «Ordinary (passive) tourism».

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 mountain tourism with an altitude of over 2000 meters above sea level).

3.6. Exclusions from insured events

3.6.1. diseases of the Insured Person except for those specified in p. 3.5. of the Contract.

4. Actions of the Insured Person in case of insured event occurrence (under the terms and conditions of voluntary medical expenses insurance during travel and voluntary accident insurance during travel)

4.1. 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 Specialised Service of the Insurer, mentioned in the Certificate or other way:

"Remed Assistance"

редакція від 23.04.2021

tel.: +38 044 364 12 62

for messages only :

Viber: +90 531 250 45 96

Telegram, IMO: +90 531 250 45 96

Whats App Business +41 78 856 07 42

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.

Otherwise, the Insurer shall have the right not to reimburse the cost of medical or any other assistance received by the Insured until the Insurer's or the Specialised Service of the Insurer has been notified.

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

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

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

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

4.3.1. full name of the Insured Person;

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

4.3.3. the Contract series and number;

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

4.3.5. period of the Contract.

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

4.3.7. In the case of independent application by the Insured Person to a healthcare facility/hotel doctor and/or notification to the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) by the doctor of the healthcare facility/hotel doctor, the Insurer guarantees expenses, confirmed in writing with relevant documents, not exceeding EUR/USD 30.00 depending on the currency of the sum insured under the Contract or directs the Insured Person to another doctor (health care facility).

4.3.8. The Insurer shall have the right not to indemnify the expenses exceeding the limit specified in p. 4.3.7., when such expenses were not previously agreed in writing with the Insurer or the Specialised Service of the Insurer.

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

4.3.10. In case of non-compliance with the time limits of notification, the Insured (the Insured person) shall justify the reasons in a written form at the request of the Insurer.

4.3.11. The Insured/the Insured Person is obliged to submit to the Insurer all necessary documents for making a decision on insurance indemnity payment within 15 (fifteen) working days after the end of the travel or treatment.

4.3.12. In the event of the death of the Insured Person, the potential Heir shall submit to the Insurer a written notice of the occurrence and the documents, necessary to make a decision regarding the case, no later than 3 (three) months after the date of death of the Insured Person. In this case, the Heir shall submit to the Insurer the claim for insurance indemnity payment and notarized certificate of inheritance within thirty (30) calendar days after the receipt of the certificate of inheritance.

5. Terms and conditions of insurance indemnity payment

5.1. 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:

5.1.1. original or copy of the Offer (Certificate);

5.1.2. copy of the national passport of the Insured Person (copy of the 1st, 2nd, 11th pages), ID card;

5.1.3. copy of the birth certificate for the child (when submitting documents for minors);

5.1.4. copy of international passport (copy of the 1st page, visa (if any), pages with marks of crossing the border of the country of temporary stay or other similar documents of the Insured Person;

5.1.5. copy of the Insured Person's tax identification number certificate;

5.1.6. claim for insurance indemnity payment, indicating its recipient, the method of obtaining the amount of insurance indemnity, postal address and bank details, submitted within 15 (fifteen) working days after the end of the travel or treatment.

5.2. Additional list of documents under the terms and conditions of voluntary medical expenses insurance during travel:

5.2.1. original invoices for health care services provided to the Insured Person, original payment documents (invoices, receipts, etc.) confirming payment;

5.2.2. original medical report (conclusion) on the letterhead with the original seal of health care facility or doctor, who provided services to the Insured Person abroad, specifying the name and surname of the Insured Person, number and date of the Accept, the date when the Insured Person applied to health care facility (doctor), diagnosis, list and cost of health services; medical reports of doctors-specialists, who provided health care services, results of laboratory and instrumental tests; medical report (conclusion) or doctor's certificate shall be certified by the Insured Person's signature certifying that the listed services were actually provided;

5.2.3. original prescriptions for medications and medical supplies, indicating the medication name, amount of medication and/or medical supplies, date of prescription issue, last name of the Insured Person, seal, surname and initials of the doctor, who issued the prescription.

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

5.3.1. 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;

5.3.2. **in case of death** of the Insured Person due to an accident – notarized copy of death certificate of the Insured Person; document issued by healthcare facility and/or forensic medical examination confirming that the death of the Insured Person was caused by an accident; document

confirming the right of inheritance of the Insured Person's heir, if the heir is the beneficiary of insurance indemnity (certificate of inheritance), copy of the passport and identification number of heirs;

5.3.3. **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.

5.4. 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.

5.5. All documents submitted to the Insurer shall be clearly written or printed on forms and shall bear the respective seals and signatures of authorised officials, and shall contain the name, address and contact telephone number of the issuing authority (person). Invoices and financial documents confirming the fact of payment (fiscal receipts, receipts, orders, etc.) shall be submitted in the form of original copies.

5.6. All documents shall be provided to the Insurer in Ukrainian, English, Polish or Russian. If the documents are issued in other languages, the Insured Person shall submit the official translation of such documents into Ukrainian.

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

5.8. The Insurer shall make the decision to pay or refuse to pay indemnity within 15 (fifteen) working days after the date of receipt of all necessary documents by the Insurer in the manner stipulated by the terms and conditions of the corresponding type of insurance.

5.9. 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.

5.10. 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.

5.11. Documents shall be submitted to the official representative of the Insurer or directly to the Insurer at the address specified in the Certificate.

5.12. 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.

5.13. 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.

5.14. The insurance indemnity payment shall be made by the Insurer in the national currency of Ukraine (hryvnia) at the rate of the NBU as of the date of insured event occurrence. The date of payment of insurance indemnity shall be the date of funds writing-off from the current account of the Insurer. The fact of insurance indemnity payment by the Insurer shall be confirmed by payment order or corresponding payment document.

5.15. The amount of insurance indemnity shall not exceed the limits of liability under a specific type of insurance, following the terms and conditions of the Contract.

5.16. The sum insured under a particular type of insurance shall be reduced by the amount of insurance indemnity paid by the Insurer. The amount of all insurance indemnity payments shall not exceed the sum insured, the amount of which is specified in the Certificate separately for each type of insurance.

5.17. The Insurer shall not indemnify the deductible specified in the Certificate.

5.18. The Insurer shall pay the insurance indemnity to the Insured/the Insured Person/the Beneficiary, health care facilities and other institutions under the terms and conditions of the Contract.

6. General reasons for refusal to pay insurance indemnity

6.1. The basis for the Insurer's refusal to pay the insurance indemnity shall be the following:

6.1.1. intentional action or inaction of the Insured (the Insured Person) aimed at insured event occurrence, except for actions of necessary defence (not exceeding its limits) or protection of property, life, health, honour and dignity. Qualification of such actions of the Insured Person shall be determined under the current legislation of Ukraine;

6.1.2. submission by the Insured (the Insured Person) of knowingly false information about the subject matter of the Contract or the fact of insured event occurrence;

6.1.3. creating obstacles for the Insurer in determining the circumstances, nature and amount of losses;

6.1.4. failure to notify or late notification of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) of insured event occurrence without any valid reasons or late submission of documents to the Insurer required to receive insurance indemnity payment;

6.1.5. failure by the Insured (the Insured Person) to perform obligations under the Contract;

6.1.6. failure to follow or violation of instructions of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer);

6.1.7. receipt by the Insured (the Insured Person) of full indemnity for loss from the responsible person;

6.1.8. refusal by the Insured from examination or expertise appointed by the Insurer in order to confirm the fact and circumstances of insured event occurrence and the amount of expenses;

6.1.9. independent application by the Insured Person to a health care facility not recommended by the Specialised Service of the Insurer (the Insurer);

6.1.10. 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;

6.1.11. other cases, stipulated by the law.

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

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

7.2. 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;

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

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

7.5. 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);

- 7.6. 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;
- 7.7. in the case when the Insured Person is exposed to unjustified risk, conscious danger (except for cases of saving life);
- 7.8. use of alcohol and its surrogates, narcotic and toxic substances, medications without the doctor's prescription, staying in a state of narcotic, toxic intoxication;
- 7.9. 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;
- 7.10. 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.
- 7.11. 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.
- 7.12. 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.
- 7.13. an occurrence of an event outside the territory and/or beyond the period of the Contract.

8. General terms and conditions

8.1. Period and territory of the Contract

8.1.1. The territory is indicated in the Certificate as a separate country and/or one of the geographical areas.

8.1.2. The Contract shall enter into force from 00 h. 00 min. according to the Kyiv time, on the date specified in the Certificate 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 Certificate, 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 upon departure abroad and shall be valid till 24 h. 00 min. of the date specified in the Certificate, as the date of expiration of the Contract. 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 Certificate 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.

8.1.3. 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 Certificate in the column "Validity Period" and at the moment of crossing by the Insured Person of the border control of Ukraine upon returning from abroad, unless other circumstances provided by the Contract lead to early termination thereof.

8.1.4. If the Contract provides for multiple trips, the Insurer shall be liable within the total number of days of stay abroad specified in the Contract, for the period of insurance in the format 360/180 (or 180/30, etc.), where 360 - is the total number of days of the Contract validity, and 180 - is the number of days of stay abroad. Each time the Insured Person travels abroad, the validity period of the insurance coverage shall be automatically reduced by the number of days spent by the Insured Person on the territory of the Contract. In the case when the Insured Person uses all days of stay abroad according to the terms and conditions of the Contract, the Contract is considered expired due to the performance by the Insurer of its obligations to the Insured Person in full. In this case, the Contract shall expire at 24 h. 00 min. on the 180th day of stay of the Insured Person abroad within the period of the Contract.

Visa or its equivalents and marks in passport used for travel abroad shall be the confirmation of temporary stay abroad. In case the Insured Person changes the status of a tourist during the period of the Insurance Contract and receives the right for permanent (including, with a defined term) residence/stay outside Ukraine, the Insurance Contract shall be terminated with respect to such Insured Person on the day of receiving by the Insured Person of documents that give the right of permanent (including, with a defined term) residence/stay outside Ukraine.

8.1.5. The Contract is deemed to have not entered into force concerning the Insured Person who was outside the territory of Ukraine at the date of conclusion of the Contract.

8.1.6. The Contract is not valid on the territory of Ukraine, the country of permanent residence of the Insured Person or the country of citizenship of the Insured Person.

8.1.7. The following territory shall be excluded from the Contract cover:

8.1.8. the territory of the countries (administrative units), within which there are military conflicts during the period of insured event occurrence;

8.1.9. temporarily occupied, annexed or disputed territories, territories of countries not recognised by Ukraine under the established procedure;

8.1.10. territories regarding which the Foreign Ministry of Ukraine issued a recommendation not to travel before the Insured Person cross their border.

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

8.2.1. The Insurer shall be obliged to:

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

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

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

8.2.1.4. 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;

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

8.2.2. The Insurer shall have the right to:

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

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

8.2.2.3. to submit requests to health care facilities, competent authorities, etc. regarding the information necessary to establish the circumstances of insured event occurrence;

8.2.2.4. in case of insured event occurrence, to receive an insurance indemnity in the amount and under the procedure established by this Contract. In the case of paying the insurance indemnity to the Insured, payment to the Insured Person under the same event shall not be made;

8.2.2.5. in case of necessity, to appoint a medical commission in order to examine the Insured Person, as well as to carry out other examinations in respect of the insured event;

8.2.2.6. to take pictures, audio and video recording of events and conversations related to fulfilment of the terms and conditions of this Contract by the Parties;

8.2.2.7. not to indemnify any indirect losses of the Insured Person.

8.2.3. The Insured shall be obliged to:

- 8.2.3.1. when entering into this Contract for the benefit of the Insured Person, to familiarise the Insured Person with insurance terms and conditions;
- 8.2.3.2. to pay the insurance premium before the date specified in the Certificate as the inception of the Contract;
- 8.2.3.3. 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;
- 8.2.3.4. upon conclusion of the Contract, to inform the Insurer about other valid insurance contracts covering the subject matter of the Contract;
- 8.2.3.5. to notify about the insured event occurrence and follow the instructions of the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) regarding the procedure for obtaining medical or other services;
- 8.2.3.6. to provide the Insurer with all necessary documents and information regarding the insured event, required for making a decision on payment of insurance indemnity (insurance claim);
- 8.2.3.7. at the request of the Insurer, to prove the fact of insured event occurrence, the inability to communicate with the Specialised Service of the Insurer (the Insurer), justify the need or amount of the expenses incurred;
- 8.2.3.8. to transfer to the Insurer, within the amount of actual costs, the right to claim for damages, which the Insured has against the person responsible for the damage caused.
- 8.2.3.9. in case of the conclusion of the Contract in favour of the Insured Person, to obtain the consent of the Insured Person for the conclusion of this Contract.

8.2.4. The Insured shall have the right to:

- 8.2.4.1. in case of insured event occurrence, to receive an insurance indemnity in the amount and following the procedure established by this Contract;
- 8.2.4.2. to appeal in court the Insurer's refusal to pay the insurance indemnity (insurance claim);
- 8.2.4.3. to apply to the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) for instructions on how to receive the necessary assistance;
- 8.2.4.4. in case of violation by the Insurer of the terms and conditions of the Contract, to demand the early termination of the Contract;
- 8.2.4.5. to receive a duplicate of the Contract on the basis of a written request in case of loss of this Contract (the second duplicate is not issued).

8.2.5. The Insured Person shall be obliged to:

- 8.2.5.1. to notify the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) about the insured event occurrence in the manner and within the terms stipulated by the Insurance Contract;
- 8.2.5.2. to apply for medical care to a health care facility recommended by the Specialised Service of the Insurer (the Insurer) except for urgent conditions threatening life and health of the Insured Person;
- 8.2.5.3. to undergo treatment following the prescriptions of a doctor, to comply with the instructions of medical staff, to comply with the regulations of health care facility where the Insured Person is provided with medical care;
- 8.2.5.4. to take appropriate measures regarding safekeeping the insurance documents and not transfer them to others with the intention to receive medical services by the latter;
- 8.2.5.5. to reliably inform healthcare facility and the Insurer about the health condition and existing risks of deterioration and other cases of changes in the degree of risk;
- 8.2.5.6. to return the Insurer the amount of insurance indemnity in case of revealing circumstances that deprive the Insured Person (healthcare facility/the Specialised Service of the Insurer) of the right to receive the indemnity, within thirty (30) calendar days after the date of revealing the corresponding circumstances;
- 8.2.5.7. upon insured event occurrence, to act following the procedure specified by this Contract.

8.2.6. The Insured Person shall have the right to:

- 8.2.6.1. in case of insured event occurrence, to receive insurance indemnity in the amount and following the procedure established by the Contract; in the event when the Insured Person is an adult, capable person, who independently appealed to the Insurer with a claim for insurance indemnity payment. In the case of paying insurance indemnity to the Insured Person, payment to the Insured under the same event shall not be made;

- 8.2.6.2. to notify the Insured and/or the Insurer of the fact of inadequate medical care in a healthcare facility.

8.2.7. In the case of non-performance or improper performance of the Contract, the Parties shall be liable under the current laws of Ukraine.

8.2.8. In case of non-compliance with the time limits of notification, the Insured (the Insured person) shall justify the reasons in a written form at the request of the Insurer.

9. Amendment and termination of the Contract

9.1.1. Amendments to the Contract shall be made upon agreement of the Parties based on the request of either Party and shall be made in the form of a separate written document signed by both Parties, which forms an integral part of the Contract from the date of signing.

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

- 9.1.2.1. expiration of the Contract period;
- 9.1.2.2. fulfilment by the Insurer of its obligations to the Insured Person in full;
- 9.1.2.3. in case of non-payment by the Insured of the premium within the period specified by the Contract, the Contract shall be deemed to have not been concluded.
- 9.1.2.4. In case of early return to Ukraine, after the moment when the Insured Person who returns from travel abroad, crosses the state border when entering Ukraine (country of residence or citizenship).
- 9.1.2.5. The Contract, issued after the departure of the Insured Person from the territory of Ukraine, is considered not concluded.
- 9.1.2.6. In other cases stipulated by the current legislation of Ukraine.

9.2.1. The validity of the Insurance Contract may be terminated early at the request of the Insurer or the Insured.

9.2.2. The Insured or the Insurer is obliged to inform the other Party of its intention to terminate the Contract not later than within 5 (five) calendar days before the date of termination of the Contract.

9.2.3. If the Insured has waived the Contract before the beginning of the insurance coverage, the Insurer shall return to the Insured the insurance premium paid and shall have the right to deduct the normative cost of doing business in the amount of 40%.

9.2.4. If the Insured has waived the Contract, the Insurer shall return the insurance premium for the period remaining till the expiration of the Insurance Contract period, less the normative costs of doing business in the amount of 40% and the actual insurance indemnities paid by the Insurer.

If the Insurer's waiver of the Insurance Contract is due to violation of the terms and conditions of the Insurance Contract by the Insurer, the Insurer shall return to the Insured the insurance premium paid in full.

9.2.5. If the Insurer has waived the Contract, the Insurer shall return to the Insured the insurance premium paid in full.

If the Insurer's waiver of the Contract is due to the failure of the Insured to comply with the terms and conditions of the Contract, the Insurer shall return to the Insured the insurance premium for the period remaining till the expiry of the Contract, less the normative costs of doing business in the amount of 40% and the insurance indemnities actually paid by the Insurer.

10. Dispute settlement procedure

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

10.2. In case of failure of the Parties to resolve the dispute out of court, the dispute shall be resolved by the court at the location of the Insurer: Kyiv, 9 Lesya Ukrainka Boulevard.

11. Miscellaneous

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

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

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

11.4 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.

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

a) 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;

b) 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;

c) 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.

11.6. 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 Part 2 of Art. 12 of the Law of Ukraine On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets; all interpretations, terms and conditions of insurance are understood.

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

11.8. 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.