З метою оперативного надання допомоги
при раптовому захворюванні або нещасному випадку, Ви, Ваш представник або лікуючий лікар
повинні негайно звернутись за телефоном :
**Tel.: +38 044 239 88 00, Fax: +38 044 239 88 01**

**ТЕЛЕФОН ЦІЛОДОБОВОЇ СЛУЖБИ APRIL**
і повідомити наступну інформацію:

- своє прізвище, ім'я;
- причину звернення;
- номер договору страхування та термін його дії;
- суму, на яку Ви застраховані;
- програму страхування;
- своє місцезнаходження та номер контактного телефону;
- адресу і телефон особи, що Вас лікує, і дотримуйтесь рекомендацій представника APRIL.

Електронна адреса для реєстрації звернень **tur@ua.april.com**
Телефон для реєстрації звернення за допомогою SMS: +38 095 280 82 43

| Програми страхування | A | B | C | D | K |
|---|---|---|---|---|---|
| **Медичні послуги** | | | | | |
| Швидка медична допомога (п.4.1.1. Умов страхування) | + | + | + | + | + |
| Невідкладне (екстрене) амбулаторне лікування (пп.4.1.2-4.1.7 Умов страхування) | + | + | + | + | + |
| Невідкладна (екстрена) госпіталізація (пп.4.1.3-4.1.7 Умов страхування) | + | + | + | + | + |
| Невідкладна стоматологічна допомога (п.4.1.4 Умов страхування) | 100 євро | 150 євро | 200 євро | 200 євро | 200 євро |
| **Транспортування** | | | | | |
| Евакуація Застрахованої особи до лікарні (п.4.2.1 Умов страхування) | + | + | + | + | + |
| Медичне транспортування Застрахованої особи до країни постійного проживання (пп.4.2,4.3 Умов страхування) | + | + | + | + | + |
| Посмертна репатріація (пп.4.4 - 4.6 Умов страхування):<br>- до країни постійного проживання;<br>- до місця поховання на території страхування;<br>- до місця постійного проживання | + | +<br><br>+ | +<br><br>+ | +<br><br>+<br>+ | +<br><br><br>+ |
| **Додаткові послуги** | | | | | |
| Послуги, передбачені пп.4.8.1-4.8.4 Умов страхування | | + | + | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.1 Умов страхування | | + | + | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.2. Умов страхування | | | + | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.3. Умов страхування | | | | 2 000 грн | 2 000 грн |
| Послуги, передбачені п. 4.9.4 Умов страхування | | | | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.5 Умов страхування | | | + | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.6 Умов страхування | | | | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.7 Умов страхування | | | + | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.8 Умов страхування | | | | + | |
| Послуги, передбачені п.4.9.9. Умов страхування | | | | + | + |
| Послуги, передбачені п.4.9.10 Умов страхування | | | | 3000 євро | 3000 євро |
| Термінові телефонні повідомлення щодо страхового випадку | 30 євро | 30 євро | 30 євро | 30 євро | 30 євро |
| Нещасний випадок: | 2000 грн. | | | | |
| | 5000 грн. | | | | |
| Добровільне страхування відповідальності перед третіми особами | 1000 євро | | | | |

## УМОВИ СТРАХУВАННЯ.

**Додаток 2, що є невід'ємною частиною Міжнародного договору добровільного комплексного страхування подорожуючих за кордон.**

Цей Договір укладений між Страховиком - ПрАТ «Страхове товариство «Іллічівське» та Страхувальником на підставі Правил добровільного страхування медичних витрат, Правил добровільного страхування від нещасних випадків, Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)), (надалі – Правила), ліцензій АВ №584102 строк дії з 27.05.05р., безстроковий, АВ №584099 строк дії з 20.08.09р., безстроковий, АВ №584098 строк дії з 20.08.09р., безстроковий, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, Закону України «Про страхування» із змінами та доповненнями.

**1. Терміни, що використовуються в цьому Договорі**

**Асістанс** – спеціалізована служба, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує взаємодію Застрахованої особи з особами, які надають їй послуги при настанні нещасного випадку, раптового захворювання або інших подій, передбачених Договором страхування. Назва Асістансу, адреси та телефони представництв служби Асістанс зазначаються в Договорі страхування (надалі – Асістанс).

**Близькі родичі** – дружина/чоловік, діти (в т.ч. всиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.

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

**Договір страхування** – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у межах страхової суми Асістансу та/або Застрахованій особі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

**Застрахована особа** – фізична особа, вказана в Договорі страхування на користь якої укладено Договір страхування.

**Країна постійного проживання** – країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році.

**Медичні витрати** – витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування, на придбання ліків за медичними показаннями, необхідність яких виникла внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання.

**Нещасний випадок** – раптова, непередбачена подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи або її смерті. Під тілесними ушкодженнями в цих Правилах розуміється травма, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

**Раптове захворювання** – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в цьому Договорі розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.

**Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

**Страхове відшкодування** – грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах страхової суми, згідно з умовами Договору страхування, при настанні страхового випадку.

**Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Асістанс та/або Застрахованій особі.

**Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

**Страховик** – Приватне Акціонерне Товариство "Страхове товариство "Іллічівське",

що бере на себе зобов'язання відшкодувати в межах страхової суми Асістанс та/або Застрахованій особі витрати згідно з умовами Договору страхування.
**Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування на свою користь, він одночасно є Застрахованою особою.
**Франшиза** – частина збитків Страхувальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.
Терміни (визначення), не обумовлені цим Договором, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цим Договором та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

**2. Предмет Договору страхування**

2.1. Предметом Договору страхування є:
I секція. Майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать закону, пов'язані з непередбаченими медичними та іншими витратами, які виникають у зв'язку з необхідністю надання медичної та медико-транспортної допомоги внаслідок страхового випадку;
II секція. Майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи;
III секція. Майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать закону, пов'язані з відшкодуванням Страхувальником (Застрахованою особою) заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі.

**3. Страхові випадки**

3.1. Страховими випадками є:
3.1.1. понесення витрат особами, що надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі внаслідок раптового захворювання, нещасного випадку, інших непередбачених подій, зазначених у Програмі страхування;
3.1.2. нещасні випадки, що призвели до смерті, постійної втрати або зниження працездатності з встановленням інвалідності, якщо це передбачено Програмою страхування;
3.1.3. виникнення у Страхувальника зобов'язання відшкодувати третім особам шкоду, заподіяну внаслідок дій чи бездіяльності Страхувальника, якщо Програмою страхування передбачено страхування відповідальності Страхувальника (Застрахованої особи).

**4. Основні умови по І-й секції**

При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує в межах страхових сум на одну Застраховану особу та на умовах, встановлених Договором страхування, наступні витрати:
4.1. Витрати на медичну допомогу при раптовому захворюванні або нещасному випадку:
4.1.1. швидку медичну допомогу:
- на місці події спеціалізованою бригадою невідкладної медичної допомоги;
- у відділенні невідкладної допомоги медичного закладу (послуги медичного персоналу, невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження, медикаменти, призначені лікарем, вартість перебування у відділенні швидкої допомоги медичного закладу), включаючи витрати на проведення невідкладних операцій;

4.1.2. невідкладне (екстрене) амбулаторне лікування:
- на місці події: візит та послуги лікаря (первинний огляд і консультація, призначення лікування, медичні маніпуляції та експрес-діагностика), невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження;
- в умовах медичного закладу - послуги лікаря (консультація, огляд, призначення лікування), невідкладні лабораторні і інструментальні дослідження;

4.1.3. невідкладну (екстрену) госпіталізацію, у тому числі:
- невідкладні діагностичні (лабораторні, інструментальні) дослідження;
- хірургічне та/або медикаментозне лікування в стаціонарі;
- послуги медичного персоналу;
- готельні послуги (вартість перебування у палаті стандартного типу та/або реанімаційній палаті);
- медичний догляд (за призначенням лікаря);

4.1.4. невідкладну стоматологічну допомогу при гострому зубному болю (стоматологічний огляд, рентген, видалення або пломбування тільки природних зубів) на суму, передбаченою Програмою страхування;
4.1.5. медичний контроль за станом госпіталізованої Застрахованої особи та інформу-

вання сім'ї про стан її здоров'я (на суму, зазначену в договорі страхування);
4.1.6. оплату засобів медичного призначення, призначених лікарем.
4.1.7. Якщо засоби медичного призначення неможливо придбати на місці і якщо це можливо та дозволено законодавством країни, де перебуває Застрахована особа, Страховик додатково сплачує витрати на доставку засобів медичного призначення на місце події, а саме:
4.1.8. у разі необхідності при невідкладній (екстреній) госпіталізації Страховик сплачує додатково:
- витрати, пов'язані з візитом та медичними послугами лікаря-спеціаліста вузького профілю до Застрахованої особи у разі, якщо лікування не дає результату, а Застрахована особа за медичним висновком є нетранспортабельною;
- витрати, пов'язані з необхідністю продовження перебування Застрахованої особи на території страхування у разі її невідкладної госпіталізації, якщо Застрахована особа визнана нетранспортабельною та виїзд Застрахованої особи до країни постійного проживання повинен бути організований у більш пізній строк;
4.1.9. за умови безперервного перебування на території страхування строком, який перевищує 90 днів підряд, Страховик відшкодовує витрати тільки на невідкладну (екстрену) госпіталізацію Застрахованої особи або її репатріацію (медичну, посмертну), якщо інше не зазначене у договорі та/або програмі страхування.
4.1.10. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи на території страхування у межах встановленої у договорі страхової суми до тих пір, доки стан здоров'я Застрахованої особи не дозволить перевезти його в Україну (країну постійного проживання, громадянства) для продовження лікування.
4.1.11. Якщо повернення Застрахованої особи до країни постійного проживання у разі її невідкладної госпіталізації, за висновком лікаря Представника Страховика, повинно бути організовано у більш пізній строк, дія договору подовжується додатково понад строк дії договору. При цьому договір діє тільки щодо випадку невідкладної госпіталізації, який стався протягом основного строку дії договору. При цьому, всі події, що мають ознаки страхового випадку, які відбулись протягом додатково встановленого строку дії Договору, не визнаються страховими, а збитки, пов'язані з їх настанням, Страховиком не відшкодовуються.
4.2. Витрати на транспортну допомогу Застрахованій особі (для Застрахованих осіб - громадян України):
4.2.1. на медичну евакуацію Застрахованої особи у найближчу лікувальну установу з подальшою госпіталізацією у випадках, якщо Застрахована особа не може пересуватись самостійно;
4.2.2. на медичну репатріацію Застрахованої особи в Україну у випадках, якщо:
4.2.2.1. за висновком лікаря Асістансу та місцевого лікаря, стан Застрахованої особи дозволяє здійснити її перевезення у країну постійного проживання (у медичному супроводі або без нього);
4.2.2.2. необхідна медична допомога, за висновком лікаря Асістансу та місцевого лікаря, не може бути надана на місці події;
4.2.2.3. витрати на стаціонарне лікування можуть перевищити встановлену у договорі страхування страхову суму (ліміт страхової суми) за умови відсутності медичних протипоказань для здійснення медичної репатріації.
4.3. Витрати на медичну репатріацію включають в себе:
4.3.1. витрати на транспортування до митного пункту в Україні (вартість проїзду у якості пасажира авіа-, залізничного, автотранспорту / вартість перевезення спеціалізованим авіатранспортом);
4.3.2. витрати на медичний супровід лікаря та/або середнього медичного персоналу Асістансу Страховика за умови, якщо медичний супровід рекомендований лікарем;
4.3.3. витрати на оплату додаткової ваги багажу переносного медичного обладнання;
4.3.4. оплату додаткової ваги особистого багажу Застрахованої особи;
4.3.5. витрати медичної бригади або лікаря Асістансу (витрати на відрядження);
4.3.6. оплату вартості використання реанімаційного / не реанімаційного обладнання під час медичної репатріації;
4.3.7. адміністративні витрати (консульські збори, державне мито, інші);
4.3.8. витрати на термінові повідомлення, пов'язані з надзвичайними подіями або страховим випадком, що передаються Асістанс.
4.4. Витрати на посмертну репатріацію тіла (праху) Застрахованої особи в Україну у випадку її смерті протягом строку та на території дії договору страхування включають в себе:
4.4.1. оплату послуг похоронного бюро та/або Асістансу;
4.4.2. витрати на труну для міжнародного перевезення;

4.4.3. оплату вартості перевезення тіла (праху) Застрахованої особи до митного пункту в Україні;
4.4.4. витрати Асістансу на відрядження до місця страхового випадку;
4.4.5. адміністративні витрати (консульські збори, мито, інші);
4.4.6. витрати на термінові повідомлення, пов'язані з надзвичайними подіями або страховим випадком, що передаються Асістанс.
4.5. Витрати на репатріацію тіла (останків) Застрахованої особи до місця постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання.
4.6. У випадку поховання (кремацію) тіла Застрахованої особи на території страхування (якщо вони не перевищують витрати на посмертну репатріацію до країни постійного проживання) (за погодженням із Страховиком та близькими родичами Застрахованої особи) відшкодовуються:
4.6.1. витрати на послуги похоронного бюро та /або Асістансу;
4.6.2. витрати на труну або кремацію тіла;
4.6.3. витрати на перевезення до місця поховання;
4.6.4. витрати на ритуальні послуги;
4.6.5. адміністративні витрати.
4.7. Якщо Застрахована особа - громадянин іноземної держави, особа без громадянства або особа з подвійним громадянством, Страховик відшкодовує наступні транспортні витрати:
4.7.1. на транспортну допомогу Застрахованій особі у порядку, визначеному п. 4.2.1. цього Договору;
4.7.2. у випадках медичної або посмертної репатріації Застрахованої особи її невикористаний квиток на зворотній проїзд в Україну (країну постійного проживання) здається закордонному Представнику Страховика або безпосередньо Страховику.
4.8. У відповідності з обраною Програмою страхування Страховиком відшкодовуються додаткові витрати на проїзд економічним класом (за рішенням Страховика або Асістансу щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту):
4.8.1. одного з близьких родичів до країни перебування Застрахованої особи та в зворотному напрямку у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані понад 14 днів;
4.8.2. на проїзд до України близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом з нею, у випадку її смерті;
4.8.3. дітей віком до 16 (шістнадцяти) років до України у випадку тривалої хвороби Застрахованої особи, з якою вони перебували за кордоном;
4.8.4. Застрахованої особи до України у випадку смерті її близьких родичів;
4.9. У відповідності з обраною Програмою страхування Страховиком відшкодовуються додаткові витрати
4.9.1. на проживання в готельному номері категорії «економ» протягом трьох днів одного з близьких родичів у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані;
4.9.2. на перевезення Застрахованої особи до медичного закладу, визначеного Асістансом за погодженням зі Страховиком, за місцем постійного проживання у разі необхідності подальшого стаціонарного лікування;
4.9.3. на подальше лікування в Україні після повернення з-за кордону до моменту усунення загрози життю Застрахованої особи, тобто за час перебування у відділенні реанімації у межах суми, визначеної у Програмі страхування.
4.9.4. на дострокове повернення Страхувальника (Застрахованої особи) до країни постійного проживання у зв'язку з депортацією. До таких витрат входить вартість зворотного квитка економічним класом (за рішенням Страховика або Асістансу щодо пункту призначення, маршруту, виду, класу транспорту) або його заміни та вартість оформлення відповідних документів.
4.9.5. На порушення справи в інтересах Страхувальника (Застрахованої особи) при необхідності захисту його прав та надання можливості зв'язку з адвокатом. При цьому саму послугу адвоката оплачує Страхувальник (Застрахована особа).
4.9.6. На повернення та відправлення багажу за належною адресою у випадках його помилкової відправки перевізником за іншою адресою, а також у разі хвороби тривалістю понад 14 днів або смерті Страхувальника (Застрахованої особи).
4.9.7. Пов'язані із заміною документів при їх втраті або крадіжці.
4.9.8. У випадку поломки чи аварії автомобіля Страхувальника (Застрахованої особи) або у випадку його нездатності керувати автомобілем за медичними показаннями при перебуванні за межами України (тільки в країнах Європи):
- витрати на доставку автомобіля до найближчого сервісного центру;

- витрати на перебування в готелі на час ремонту автомобіля, але не більше 3 діб.
4.9.9. На придбання предметів першої необхідності на суму до 100 євро у випадку відправлення багажу за іншою адресою.
4.9.10. На заставу в суді, якщо Застрахована особа здійснила несвідоме порушення законодавства в країні перебування і проти неї порушено кримінальну справу.
4.10. Витрати, які відшкодовуються Страховиком визначаються конкретною Програмою страхування, вказаною у Договорі.
4.11. Витрати на термінові телефонні повідомлення Асістанс або Страховика щодо страхового випадку відшкодовуються на суму, передбачену обраною Програмою страхування.

**5. Виключення із страхових випадків та обмеження страхування:**

5.1. Не підлягають страхуванню:
5.1.1. особи, вік яких на день закінчення поїздки за кордон перевищує 75 років та діти молодше 1 року, якщо інше не передбачене Договором;
5.1.2. особи, які мають медичні протипоказання щодо поїздки за кордон;
5.1.3. вагітні жінки, строк вагітності яких перевищує 6 місяців, якщо інше не передбачено додатковими умовами Договору;
5.1.4. недієздатні та обмежено дієздатні особи;
5.1.5. особи, хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання, інсульт, пухлини головного мозку, епілепсію, шизофренію, тощо;
5.1.6. особи, хворі на наркоманію, алкоголізм;
5.1.7. особи, хворі на СНІД.
5.2. Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодовує витрати на оплату медичної допомоги Застрахованій особі у випадках, якщо така допомога пов'язана з:
5.2.1. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи внаслідок захворювання або травмування, яке було діагностовано до початку дії Договору страхування, незалежно від того, проводилось його лікування чи ні;
5.2.2. лікування хронічних захворювань (в тому числі психічних, депресій), крім випадків загострення хронічних хвороб, що становили загрозу життю Застрахованої особи;
5.2.3. будь-якою хворобою в стадії ремісії;
5.2.4. лікування будь-яких побічних, супутніх захворювань та/або симптомів;
5.2.5. станом здоров'я, який виник внаслідок самолікування, а також лікування у медичному закладі та/або у окремих лікарів без попереднього узгодження з Асістансом;
5.2.6. погіршенням стану здоров'я, травмуванням або смертю Застрахованої особи внаслідок вживання наркотичних, токсичних речовин та/або алкоголю, а також у зв'язку із необгрунтованими зверненнями до Асістансу внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
5.2.7. нервовими, психічними захворюваннями та їх загостреннями, а також пов'язаним з ними травмуванням;
5.2.8. вродженими вадами та захворюваннями;
5.2.9. медичними станами, що виникли внаслідок свідомого спричинення шкоди здоров'ю, травмування Застрахованою особою саму себе, спроб самогубства;
5.2.10. медичними станами, які виникли внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного правопорушення або злочину за законами, які діють на території страхування та в країні постійного проживання;
5.2.11. лікуванням захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки і які з медичної точки зору є протипоказанням для поїздки;
5.2.12. лікуванням захворювань, які в попередні 6 місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування;
5.2.13. медичним обслуговуванням або лікуванням Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку;
5.2.14. медичним обслуговуванням або лікуванням наслідків нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи, що виникли внаслідок участі Застрахованої особи у громадянській війні або війні з іноземною державою, а також участі в бунтах, народних повстаннях, терористичних актах і диверсіях, тощо;
5.2.15. будь-яким радіаційним ураженням;
5.2.16. епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом;
5.2.17. наслідками самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;
5.2.18. вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: пологи, штучне переривання вагітності (за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями) з урахуванням п.5.1.3. Договору;

5.2.19. чоловічим та жіночим безпліддям та заходами по регулюванню народжуваності;
5.2.20. захворюваннями, що передаються статевим шляхом (в тому числі TORCH-інфекції, СНІД);
5.2.21. ВІЛ-інфікуванням, СНІДом та медичними станами, пов'язаними з ВІЛ-інфікуванням, а також будь-якими іншими імунодефіцитними розладами і станами;
5.2.22. захворюванням вірусними гепатитами, за винятком гепатиту „А»;
5.2.23. онкологічними захворюваннями та туберкульозом;
5.2.24. нещасними випадками, що сталися в результаті занять будь-якими видами спорту, в тому числі під час змагань або тренувань, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
5.2.25. наслідками нещасних випадків, що спровоковані Застрахованою особою;
5.2.26. здійсненням Застрахованою особою професійної діяльності, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
5.2.27. водолікуванням, косметичним лікуванням, SPA-процедурами;
5.2.28. сонячними опіками або іншими гострими змінами шкіри внаслідок впливу ультрафіолетового випромінювання;
5.2.29. протезуванням, придбанням протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірювальних приладів тощо), придбанням загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпеченням дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
5.2.30. стоматологічним лікуванням, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю у відповідності з Програмою страхування;
5.2.31. застосуванням способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною;
5.2.32. відмови Застрахованої особи від обстеження та/або призначеного лікування лікарем Асістансу, недотримання призначень медичного персоналу або порушення лікувального режиму медичного закладу;
5.2.33. лікуванням, призначеним та здійсненим особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних стосунках;
5.2.34. перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу;
5.2.35. наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення медичної діяльності;
5.2.36. відновлювальною терапією та фізіотерапією;
5.2.37. доглядом за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками;
5.2.38. наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, косметолога тощо, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
5.2.39. наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря
5.2.40. погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи, якщо подорож було здійснено навмисне з наміром отримати лікування на території страхування;
5.2.41. медичними станами, пов'язаними з участю у будь-яких формах польотів, за винятком здійснення перельоту у якості пасажира регулярного авіарейсу або ліцензованого чартерного перельоту за встановленим маршрутом.
5.3. Страховик не відшкодовує витрати:
5.3.1. які понесла Застрахована особа у зв'язку з професійною помилкою лікаря, моральні збитки та інші непрямі збитки;
5.3.2. здійснені без погодження з Асістансом (за винятком надзвичайних обставин, що становили загрозу життю Застрахованої особи за медичними показаннями);
5.3.3. у розмірі франшизи, якщо вона встановлена у Договорі страхування;
5.3.4. які Застрахована особа сплатила готівкою понад ліміт суми, встановлений у договорі страхування для оплати медичної допомоги готівкою;
5.3.5. здійснені Застрахованою особою поза строком та територією дії Договору страхування, а також у період, що перевищує зазначену кількість днів дії страхового захисту;
5.3.6. на лікування у країні постійного проживання та/або громадянства, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
5.3.7. на евакуацію/репатріацію, стаціонарне лікування, невідкладну (швидку) медичну допомогу, не узгоджену з Асістансом;

5.3.8. на медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи у випадку незначних захворювань або травм, які, на думку лікаря Асістансу та за погодженням Страховика, підлягають лікуванню на території страхування та/або не перешкоджають продовженню подорожі;
5.3.9. на медичну евакуацію та/або репатріацію у випадку, коли, на думку лікаря Асістансу, Застрахована особа фізично спроможна повернутися у країну постійного проживання самостійно, у якості звичайного пасажира;
5.3.10. на лікування зубів, заміну або ремонт коронок, містків, окрім заходів, спрямованих на негайну (екстрену) стоматологічну допомогу при гострому зубному болю природних зубів
5.3.11. на проведення медичної експертизи;
5.3.12. витрати на проведення планових і позапланових щеплень та витрати на лікування захворювань, які виникли внаслідок порушення вимог щодо обов'язкових вакцинацій та щеплень;
5.3.13. на косметичну та пластичну хірургію, геліотерапію, водолікування;
5.3.14. на хірургічне втручання на серці та судинах (аорто-коронарне шунтування, тощо) навіть при наявності медичних показань для їх проведення;
5.3.15. на оплату медичних послуг, не підтверджених висновком лікаря;
5.3.16. на лікування, яке не відповідає поставленому діагнозу;
5.3.17. на медичні послуги, які, за висновком Асістансу та за погодженням Страховика, не є обов'язковими для діагностики та лікування;
5.3.18. на медичну реабілітацію;
5.3.19. немедичного характеру, наприклад, телефонні розмови, які не мають відношення до страхового випадку, а також збитки, понесені в зв'язку з заподіянням шкоди майну страхувальника (застрахованої особи);
5.3.20. на лікування, не призначене лікарем;
5.3.21. на медичний огляд та обстеження, після якого не було призначене лікування.

**6. Права, обов'язки та відповідальність сторін.**

**6.1. Страхувальник має право:**

6.1.1. ознайомитися з умовами та Правилами страхування;
6.1.2. на зміну умов Договору страхування;
6.1.3. на дострокове припинення дії Договору страхування;
6.1.4. на отримання дублікату Договору страхування у разі втрати оригіналу, для чого Страховику надається письмова заява про видачу дубліката. З моменту отримання дубліката втрачений Договір страхування вважається недійсним;
6.1.5. на відшкодування витрат, передбачених в Договорі страхування з урахуванням вимог, викладених у розділі 7 Договору;

**6.2. Страховик має право:**

6.2.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію;
6.2.2. вимагати від Страхувальника виконання умов договору;
6.2.3. достроково припинити дію Договору страхування;
6.2.4. самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності отримувати від компетентних органів висновки про обставини страхового випадку;
6.2.5. вимагати медичного освідчення Застрахованої особи у разі виникнення сумнівів у правдивості інформації стосовно обставин страхового випадку, при необхідності організовувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;
6.2.6. при невиконанні Страхувальником умов Договору повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування;
6.2.7. протягом терміну позовної давності, визначеного законодавством України, із дня здійснення страхової виплати вимагати повернення суми страхового відшкодування або його частини, якщо на те виникнуть підстави, передбачені законодавством України або умовами договору;
6.2.8. вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи інші документи для підтвердження факту настання страхового випадку, крім зазначених у п. 8.7 Договору;
6.2.9. відстрочити виплату страхового відшкодування у випадку виникнення сумнівів щодо факту настання страхового випадку.

**6.3. Страхувальник зобов'язаний:**

6.3.1. своєчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі;
6.3.2. при укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику;
6.3.3. ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування;
6.3.4. на вимогу Страховика під час укладання договору надати результати медичного

обстеження особи, що страхується;
6.3.5. при настанні випадку, який має ознаки страхового, негайно сповістити про те, що сталося, Асістанс (безпосередньо Страховика) за номерами телефонів, зазначеними у Договорі страхування або будь-яким іншим доступним способом, який надає змогу об'єктивно зафіксувати факт повідомлення, та виконувати всі його рекомендації та розпорядження;
6.3.6. документально підтвердити Страховику або Асістансу, що на момент звернення за медичною та іншою допомогою дія договору не закінчилась, шляхом пред'явлення закордонного паспорту з відмітками про дату перетину державного кордону країни, яка зазначена як територія дії договору, якщо строк дії договору перевищує кількість днів дії договору, яка у ньому зазначена;
6.3.7. вчасно вживати запобіжних заходів щодо зменшення ймовірності настання страхових випадків та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
6.3.8. при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору;
6.3.9. звільнити лікарів від зобов'язання зберігати лікарську таємницю перед Страховиком.
**6.4. Страховик зобов'язаний:**
6.4.1. ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування;
6.4.2. дотримуватись виконання умов договору;
6.4.3. видати Страхувальнику примірник договору;
6.4.4. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування;
6.4.5. здійснити виплату страхового відшкодування на умовах та в строки, передбачені Договором страхування;
в разі прострочення строків виплати страхового відшкодування Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику/Асістансу, який за дорученням Страховика здійснював урегулювання збитку, неустойки (штрафу, пені) у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла на момент виплати страхового відшкодування.
6.4.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом, забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу, крім випадків, коли розголошення такої інформації зумовлене необхідністю надання медичної допомоги;
6.4.7. у випадку звернення Страхувальника або Застрахованої особи з приводу втрати примірника договору протягом терміну його дії оформити та видати дублікат.
**7. Дії сторін при настанні страхового випадку.**
7.1. В разі настання події, що може призвести до непередбачених витрат та настання страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана повідомити Асістанс в строк не пізніше 24 годин за телефонами, зазначеними у договорі, та узгодити з ним свої подальші дії. Якщо неможливо зробити повідомлення Асістансу, то допускається зробити його безпосередньо Страховику.
7.2. Якщо Застрахована особа фізично неспроможна звернутись до Асістансу (безпосередньо Страховика) перед початком надання їй медичної допомоги, вона або її представник повинні при першій можливості, але не пізніше 2-х (двох) діб з моменту початку надання медичної допомоги, повідомити про це Асістанс або безпосередньо Страховика та узгодити витрати та подальші дії.
7.3. Повідомлення до Асістансу або безпосередньо Страховика має містити:
- найменування страхової компанії, з якою укладено договір;
- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер договору;
- страхову суму;
- дату початку та дату закінчення строку дії договору;
- кількість днів дії договору;
- інформацію про випадок, що стався;
- адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи;
- характер необхідної допомоги.

7.4. Асістанс надсилає інформацію про заявлену подію Страховику у порядку та строк, визначений договором доручення, і після узгодження із Страховиком витрат організує надання медичних та інших послуг.
7.5. Застрахована особа зобов'язана неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй Асістанс для координації подальших дій.

**8. Порядок і умови виплати страхового відшкодування та перелік документів, що підтверджують, настання страхового випадку.**

8.1. Оплата витрат за отриману Застрахованою особою медичну допомогу при настанні випадків протягом та на території дії договору, може здійснюватись:

8.1.1. Безпосередньо Асістансу, за надані Застрахованій особі послуги, на підставі договору про співробітництво між Страховиком та Асістанс та документів, що підтверджують факт настання та врегулювання страхового випадку;

8.1.2. Безпосередньо Застрахованій особі, якщо за погодженням з Асістансом Застрахована особа сплатила за надані Застрахованій особі послуги, в межах, визначених Договором;

8.1.3. Безпосередньо Застрахованій особі в межах 200 (двісті) євро в перерахунку в гривні по курсу Національного Банку України на день оплати послуг в країні перебування у випадку неповідомлення Асістанс або Страховика у визначеним Договором порядку, виключно за рішенням Страховика про здійснення такої виплати.

8.2. Рішення про виплату страхового відшкодування Асістансу або Застрахованій особі приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів із дати отримання всіх необхідних документів.

8.3. У випадку, зазначеному у п. 8.1.1, Страховик складає страховий акт та відшкодовує витрати на рахунок Асістансу протягом 10 (десяти) робочих днів з дати його підписання сторонами; при цьому копія страхового акту передається Застрахованій особі (у випадку посмертної репатріації Застрахованої особи - її спадкоємцю за законом).

8.4. У випадку, зазначеному у п. 8.1.2., Страховик складає страховий акт та відшкодовує витрати Застрахованій особі через касу або безготівковим шляхом відповідно до бажання Застрахованої особи, викладеного нею у заяві про страхове відшкодування, протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання страхового акту сторонами; при цьому примірник страхового акту передається Застрахованій особі (у випадку посмертної репатріації Застрахованої особи - її спадкоємцю за законом).

8.5. Розмір страхового відшкодування визначається Страховиком на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку.

8.6. Для здійснення Страховиком страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику протягом 15 календарних днів з моменту в'їзду в Україну або країну постійного місця проживання заяву про страхову подію та наступні документи:

8.6.1. оригінал договору;

8.6.2. документ, що підтверджує особу Застрахованої особи;

8.6.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податків;

8.6.4. рахунки на оплату медичних послуг, наданих Застрахованій особі, та фіскальні чеки (платіжні доручення), що посвідчують факт їх сплати;

8.6.5. оригінал медичного рапорту на фірмовому бланку та/або з оригінальною печаткою лікувально-профілактичної установи, у якій була надана допомога Застрахованій особі (або лікаря, який надавав допомогу), із зазначенням імені та прізвища Застрахованої особи, номеру договору, дати звернення Застрахованої особи до медичного закладу (лікаря), попереднього та клінічного діагнозу, переліку та вартості призначеного лікування; медичні висновки лікарів, які надавали медичні послуги, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Медичний звіт або довідка лікаря повинна бути засвідчена підписом Застрахованої особи про отримання зазначених в ній послуг;

8.6.6. оригінали рецептів з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;

8.6.7. сплачений чек за дзвінок до Асістансу або безпосередньо Страховика з відмітками про дату дзвінка, абоненту та тривалості розмови;

8.6.8. медична довідка про факт настання нещасного випадку;

8.6.9. платіжні реквізити для перерахування страхового відшкодування.

8.7. Страхове відшкодування сплачується Страховиком на підставі страхового акту в межах страхової суми на одну Застраховану особу, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за вирахуванням встановленої в Договорі страхування франшизи.

8.8. Якщо Страхувальник та/або Застрахована особа отримали відшкодування від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Страхувальником та/або Застрахованою особою від цих осіб. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана повідомити Страховика.

8.9. Страхова сума на одну Застраховану особу зменшується протягом всього строку

дії Договору страхування на суму виплачених страхових відшкодувань.
8.10. Умови надання медичних та інших послуг та виплати страхового відшкодування при багаторазових поїздках:
8.10.1. перелік послуг визначається у Програмі страхування;
8.10.2. максимальна кількість днів перебування на території страхування вказується на першій сторінці Договору страхування;
8.10.3. при зверненні до Асістанс для отримання послуг, передбачених Договором, Застрахована особа повинна, крім Договору страхування, пред'явити свій закордонний паспорт для перевірки обмеження, вказаного в п. 8.10.2. Договору;
8.10.4. у випадку, якщо страховий випадок стався з порушенням умов п. 8.10.2., Страховик не несе відповідальності щодо виплати страхового відшкодування.

**9. Причини відмови у виплаті страхового відшкодування**

9.1. Підставами для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:
9.1.1. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування;
9.1.2. невиконання або несвоєчасне виконання Застрахованою особою вимог щодо повідомлення Асістанс або Страховика про настання подій, що можуть призвести до непередбачених витрат, або створення Страховику перешкод у визначенні причин та обставин настання страхового випадку, характеру та розміру збитків;
9.1.3. здійснення Страхувальником або Застрахованою особою навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованою особою встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
9.1.4. невиконання Застрахованою особою медичних призначень, рекомендацій та інструкцій Асістанс, що призвело до додаткових витрат;
9.1.5. відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання подій, що призвели до страхового випадку;
9.1.6. подання Страховику неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
9.1.7. вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
9.1.8 настання страхового випадку поза місцем та строком (кількістю днів) дії Договору страхування;
9.1.9. настання випадків, що зазначені в Правилах як винятки;
9.1.10. ненадання або невчасне надання на вимогу Страховика Застрахованою особою документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та/або його обставини;
9.1.11. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
9.2. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальнику та/або Застрахованій особі у письмовій формі обґрунтовані причини відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення акту про відмову у виплаті страхового відшкодування.

**10. Порядок внесення змін та доповнень до договору страхування та умови припинення його дії**

10.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору страхування.
10.2. Про намір внести зміни та/або доповнення до Договору страхування сторона, яка ініціює внесення таких змін та/або доповнень, зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцяти) календарних днів до прогнозованого строку внесення змін та/або доповнень.
10.3. Якщо будь-яка зі сторін не згодна на внесення змін чи доповнень до Договору страхування, то протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту остаточного строку розгляду пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії.
10.4. Договір страхування припиняє свою дію та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
10.4.1. закінчення строку його дії;
10.4.2. виконання Страховиком зобов'язань перед застрахованою особою у повному обсязі;
10.4.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором стра-

хування розміри та строки, при цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено договором страхування ;

10.4.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

10.4.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.4.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

10.4.7. в інших випадках, передбачених законодавством України або договором страхування.

10.5. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

10.6. Про намір достроково припинити дію Договору страхування сторона, яка ініціює дострокове припинення дії Договору страхування зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

10.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

10.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування.

10.9. Норматив витрат на ведення справи складає 30 % від страхового тарифу.

10.10. У разі дострокового припинення Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі були сплачені в безготівковій формі.

10.11. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання, у випадках, передбачених чинним законодавством України.

**11. Основні умови по II-й секції**

11.1.Додатково до умов добровільного страхування медичних та інших витрат під час перебування за кордоном Страховик за цим Договором здійснює добровільне страхування від нещасних випадків.

11.2. До нещасного випадку відносяться: травми,опіки, обмороження, утоплення, дія електричного струму, удар блискавки, сонячний удар, протиправні дії третіх осіб, напад тварин, падіння стороннього предмету або Застрахованої особи, випадкова задуха, випадкове попадання в дихальні шляхи стороннього тіла, випадкове отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами, а також травми, які одержані під час руху засобів транспорту (автомобіля, поїзду, трамваю тощо) або під час катастрофи, при користуванні машинами, механізмами, зброєю і усякого роду інструментами.

11.3. Умови здійснення страхової виплати.

11.3.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємців Застрахованої особи), всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та страхового акту, складеного Страховиком у порядку, обумовленому законодавством України, Правилами та Договором.

11.3.2. Страховий акт складається Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів після отримання всіх документів.

11.3.3. При настанні страхового випадку, вказаного в п. 3.2.2, Вигодонабувачеві (спадкоємцям Застрахованої особи) виплачується 100% страхової суми.

11.3.4. У разі смерті Застрахованої особи, внаслідок нещасного випадку спадкоємцям виплачується 100% страхової суми, зазначеної у Договорі.

11.3.5. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок нещасного випадку, розмір страхової виплати становить:

I група інвалідності – 100% від страхової суми, зазначеної у Договорі;

II група інвалідності – 80% від страхової суми, зазначеної у Договорі;

III група інвалідності – 60% від страхової суми, зазначеної у Договорі.
11.4. Для отримання страхової виплати Застрахована особа (спадкоємець, Вигодонабувач – у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку) подає наступні документи:
11.4.1. письмову заяву встановленої Страховиком форми;
11.4.2. примірник Договору;
11.4.3. листок непрацездатності або його копію, видану лікувальним закладом (в разі неможливості отримання листка непрацездатності надається довідка лікувального закладу);
11.4.4. документ, що посвідчує особу, на користь якої повинна бути здійснена страхова виплата;
11.4.5. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера особі, на користь якої здійснюється страхова виплата.
11.4.6. інші документи на вимогу Страховика.
11.4. Підстави для відмови у страховій виплаті.
11.6.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:
11.6.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
11.6.1.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
11.6.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу або про факт настання страхового випадку;
11.6.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;
11.6.1.5. інші підстави, передбачені Правилами, законодавством України.
11.7. Рішення Страховика про відмову здійснити страхову виплату повідомляється Страхувальнику або Застрахованій особі у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) днів з дня прийняття такого рішення.
11.8. Виплата страхової суми здійснюється в національній валюті України.

**12. Основні умови по III-й секції**

12.1. Додатково до умов добровільного страхування медичних та інших витрат під час перебування за кордоном Страховик за цим Договором здійснює добровільне страхування відповідальності Страхувальника, за заподіяння шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі.
12.2. Страхове відшкодування здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи), всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та страхового акту, складеного Страховиком у порядку, обумовленому Правилами та Договором.
12.3. При добровільному страхуванні відповідальності в Договорі встановлюється франшиза у розмірі 1% від страхової суми.
12.4. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом двох діб після повернення з закордонної поїздки.
12.5. Страховий акт складається Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів після одержання Страховиком всіх необхідних документів.
12.6. Для складання Страховиком Страхового акту Страхувальник (Застрахована особа) надає:
12.6.1. письмову Заяву про виплату страхового відшкодування за формою, визначеною Страховиком;
12.6.2. примірник Договору;
12.6.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
12.6.4. комплект претензійних документів, отриманих від заявників претензії (потерпілих) в обґрунтування вимог до Страхувальника (Застрахованої особи), включаючи завірені належним чином копії позовних заяв;
12.6.5. належним чином завірену копію рішення суду про визнання Страхувальника (Застраховану особу) винним із зазначенням сум, визначених до відшкодування Страхувальником (Застрахованою особою);
12.7. Страхове відшкодування виплачується в межах страхової суми з вирахуванням встановленої Договором страхування франшизи та сум, отриманих Страхувальником

в рахунок відшкодування збитків від третіх осіб;
12.8. Умови, що містяться в Правилах страхування, але які не включено у текст Договору страхування, обов'язкові для Страхувальника.
**12.9. Підстави (причини) для відмови у виплаті страхового відшкодування.**
12.9.1 Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10-ти робочих днів з моменту одержання документів, передбачених п.12.6 цього Договору;
12.9.2. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування письмово повідомляється Страхувальнику протягом 5-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення;
12.9.3. Підставою (причиною) для відмови у виплаті страхового відшкодування в повному обсязі або частково є:
12.9.3.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), інших осіб, що діяли за його дорученням (усним чи письмовим) або з його відома, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
12.9.3.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), іншими особами, що діяли за його дорученням (усним чи письмовим) або з його відома, злочину, що призвів до настання страхового випадку;
12.9.3.3. Відсутність підтвердженої вини Страхувальника (Застрахованої особи) у настанні страхового випадку;
12.9.3.4. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про предмет Договору, про факт, обставини або причини настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);
12.9.3.5. Відсутність необхідних документів та/або відомостей, які підтверджують факт, причини, характер або обставини настання страхового випадку та/або розмір завданого збитку;
12.9.3.6. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика про суттєві зміни ступеню страхового ризику та/або інших умов, зазначених в цьому Договорі;
12.9.3.7. Невиконання чи неналежне виконання Страхувальником обов'язків, покладених на нього Правилами та цим Договором;
12.9.3.8. Інші підстави (причини), передбачені Правилами;
12.9.4. Відмова Страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником у судовому порядку.

**13. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

13.1 Умови, що містяться в Правилах, але які не включено у текст Договору, обов'язкові для Страхувальника
13.2. Цей Договір укладено у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному примірнику для Страховика та Страхувальника.

**14. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

14.1. Страховиком в будь-якому випадку не відшкодовуються:
- неустойка (пеня, штраф), які були сплачені Страхувальником (Застрахованою особою);
- моральна шкода;
- упущена вигода (втрата прибутку);
- судові витрати, витрати, пов'язані з інфляційними процесами тощо.

14.2. Всі спори та розбіжності, які виникають з Договору, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – судом відповідно до законодавства України.
14.3. Інформацію, зазначену в ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12липня 2001 року N 2664-III із змінами і доповненнями, Страхувальнику надано в повному обсязі.
14.4. Страхувальник дає згоду на обробку своїх персональних даних згідно з вимогами Закону України «Про захист персональних даних» з метою здійснення Страховиком страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних ПрАТ «СТ «Іллічівське». Страхувальник підтверджує, що повідомлений про те, що його персональні дані будуть включені в базу персональних даних та можуть бути передані третім особам. Зміст прав як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальнику відомий та зрозумілий. Ця згода діє необмежений строк.

## INSURANCE TERMS.

**Annex 2, which is an integral part of the Voluntary International Comprehensive Travel Insurance Contract.**

This Contract is concluded between the Insurer Illichivske Insurance Company PJSC and the Insured based on the Rules of voluntary medical expenses insurance, the Rules of voluntary accident insurance, the Rules of voluntary third party liability insurance (except for motor third party liability insurance (including the liability of the carrier), the liability of air transport owners (including carrier's liability), marine liability insurance (including carrier's liability)), (hereinafter referred to as the Rules), licenses AB № 584102 valid of 27.05.05, permanent, AB № 584099 valid of 20.08.09, permanent, AB № 584098 valid of 20.08.09.

**1. Terms used in the Contract**

**Assistance** shall mean a specialized service provider, acting on behalf of and on the instructions of the Insurer, which coordinates the interaction of insured persons, with persons providing services at insured event occurrence, sudden illness or other events stipulated in the Insurance contract. The name of the Assistance, addresses and telephones of representatives of service Assistance are specified in the Insurance contract (hereinafter referred to as the Assistance).

**Close relatives** shall mean spouse, children (including adopted children), mother/stepmother, father/stepfather, sibling of the Insured person.

**Acute pain** shall mean the reaction of the human nervous system on outer or inner stimulus, which in the case of failure to provide medical emergency aid can lead to development of pain shock that is endangering the life of the Insured person.

**The Insurance contract shall mean** a written agreement between the Insured and the Insurer under which the Insurer shall undertake in case of an insured event to pay insurance indemnity within the limits of sum insured to the Assistance and/or to the Insured person and the Insured shall undertake to pay insurance premium in the defined terms and comply with other conditions of the Insurance contract.

**The Insured person** shall mean a natural person specified in the Insurance contract for the benefit of whom the Insurance contract is executed.

**Country of permanent residence** shall mean the country in which the Insured person resides in total not less than 183 (one hundred and eighty three) days per calendar year.

**Medical expenses** shall mean the costs for outpatient, inpatient treatment, costs to purchase drugs for medical reasons, the need for which has arisen as a result of occurrence of an accident or sudden illness.

**Accident** shall mean a sudden, unforeseen event that does not depend on the will of the Insured person, which took place during the validity of the Insurance contract and led to bodily injury of the Insured person or its death. Bodily injury under the Rules shall mean trauma, injury, burns, which were received by the Insured person, caused by an accident that took place during the validity of the Insurance contract, and results in need of hospitalization or outpatient treatment.

**Sudden illness** shall mean a sharp, sudden health worsening due to unexpected illness or an acute condition of the Insured person that is a threat to its health and/or life and requires immediate medical care. Threat to health or life of the Insured person under the Contract shall mean the condition of the Insured person, where the failure to provide immediate medical care can lead to significant and lasting disorder of body functions or a separate organ, serious complications caused by acute illness, or death of the Insured person.

**Sum insured shall mean** a monetary amount within which the Insurer in accordance to the terms and conditions of insurance shall conduct a payment of insurance indemnity upon occurrence of the insured event.

**Insurance indemnity** shall mean a monetary amount which is paid by the Insurer within the limits of sum insured, in accordance with the terms of the Insurance contract, upon occurrence of the insured event.

**Insurance event** shall mean an event occurred provided, by the Insurance contract, and with the onset of which the duty of the Insurer to pay indemnity to the Assistance and/or the Insured person arises.

**Insurance premium shall mean** payment for insurance which the Insured shall pay to the Insurer under an Insurance contract.

**The Insurer shall be** Illichivske Insurance Company Private Joint Stock Company, which undertakes to indemnify within sum insured to the Assistance and/or the Insured person

costs in accordance with the terms of the Insurance contract.
**The Insured** shall be a business entity or a capable natural person which concluded an Insurance contract with the Insurer. In case where the Insured has concluded the Insurance contract for its benefit, it shall be the Insured person.
**Deductible** shall mean a part of losses of the Insured that shall not be indemnified by the Insurer under the Insurance contract.
Terms (definitions), not specified in the Contract, shall be used in definitions in accordance with the legislation of Ukraine. If any term (definition) shall not be stipulated by the Contract and may not be defined on the basis of the law, such term (definition) shall be used in its ordinary lexical meaning.

**2. The subject matter of the Insurance contract**

2.1. The subject matter of the Insurance contract shall be:
Section I. The property interests of the Insured (Insured person) that do not contradict the law relating unforeseen medical and other expenses that arise in connection with the necessity of provision of medical and medical-transport assistance as a result of an insured event;
Section II. The property interests of the Insured, not contradicting the law related to life, health and disability of the Insured person;
Section III. The property interests of the Insured, not contradicting the law relating to indemnification of damage caused by the Insured (Insured person) to a person or property, as well as damage caused to business entity.

**3. Insured events.**

3.1. Insured events shall include:
3.1.1. costs incurred by persons that have provided medical or other services to the Insured person as a result of a sudden illness, accident or other unforeseen event specified in the Insurance scheme;
3.1.2. accidents that resulted in death, permanent loss or reduction in work capacity and disability, if such events are covered by the Insurance scheme;
3.1.3. occurrence of the Insured's obligations to indemnify third party damage caused as a result of actions or inactivity of the Insured, if the Insurance scheme covers the Insured's (Insured person's) third party liability.

**4. The basic conditions under Section I**

**Upon the occurrence of an insured event, the Insurer shall indemnify within the sum insured per one Insured person and on under conditions established by the Insurance contract, the following expenses:**

4.1. Expenses for medical assistance at a sudden disease or accident:
4.1.1. emergency medical aid:
- at the scene of event by a specialized medical emergency team;
- in emergency department of a medical institution (medical staff services, immediate laboratory and instrumental investigations, medication prescribed by the doctor, the cost of staying in emergency department of a medical institution), including the costs of urgent surgery;

4.1.2. urgent (emergency) outpatient treatment:
on the scene of the event: visit and physician services (primary review and consultation, prescription of treatment, medical manipulations and express diagnostics), immediate laboratory and instrumental examination;
- in a medical institution: physician services (consultation, examination, prescription of treatment), immediate laboratory and instrumental examination;

4.1.3. urgent (emergency) hospitalization, including:
- urgent diagnostic (laboratory, instrumental) research;
- surgical and/or pharmacological treatment in a hospital;
- the services of medical personnel;
- hotel services (the cost of staying in the ward of a standard type and/or intensive care ward);
- medical care (prescribed by a doctor);

4.1.4. emergency dental care at acute toothache (dental examination, x-ray, removal or filling, only of natural teeth) within the amount established by the Insurance scheme;
4.1.5. medical control of hospitalisation condition of the Insured person, informing family about the condition of its health (within the amount, specified in the Insurance contract);
4.1.6. payment of medical devices, prescribed by a doctor.

4.1.7. If the medical supplies cannot be purchased at the specified place and if it is possible and permitted by the law of the country where the Insured person stays, the Insurer shall pay the additional costs for delivery of medical supplies to the place of occurrence, namely:
4.1.8. in case of necessity for urgency (emergency) of hospitalization the Insurer shall pay extra:
- costs associated with the visit and medical services of physician-specialist of narrow profile to the Insured person in case if treatment does give any result, and the Insured person under a medical conclusion is not transportable;
- costs associated with the need for an extension of stay of the Insured person on the territory of insurance in case of emergency hospitalization, if the Insured person is recognized as not transportable and departure of the Insured person to the country of permanent residence must be organized at a later time;
4.1.9. under continuous stay on the territory of insurance for a period that exceeds 90 days in a row, the Insurer shall indemnify costs only on urgent (emergency) hospitalization of the Insured person or its repatriation (medical, posthumous), unless otherwise specified in the Contract and/or Insurance scheme.
4.1.10. The insurer shall reserve its right to pay for the treatment of the Insured person on the territory of insurance within prescribed in the Contract sum insured as long as the state of health of the Insured person does not allow its transportation to Ukraine (the country of permanent residence, citizenship) in order to continue the treatment.
4.1.11. If the return of the Insured person to the country of permanent residence in case of emergency hospitalization at the conclusion of the physician - representative of the Insurer should be organized at a later period, the contract term is extended over the period of validity of the Contract. The Contract shall be valid only in case of emergency hospitalization that occurred during the primary term of the Contract. In this case, all the events that have signs of an insured event, which occurred during the further fixed term of the Contract, shall not be recognized as insured events and damages related to their onset, shall not be indemnified by the Insurer.
4.2. Costs of transport assistance to the Insured person (for Insured persons - citizens of Ukraine):
4.2.1. the medical evacuation of the Insured person to the nearest medical facility with further hospitalization in cases when the Insured cannot move independently;
4.2.2. the medical repatriation of the Insured person to Ukraine in cases if:
4.2.2.1. at the conclusion of the doctor of the Assistance and the local doctor, the condition of the Insured person allows to carry out its transportation to the country of residence (with medical accompaniment or without it);
4.2.2.2. necessary medical care, according to the conclusion of the doctor of the Assistance and local physician, could not be provided at the place of occurrence;
4.2.2.3. expenses for hospital treatment may exceed the specified in the Insurance contract sum insured (limit of the sum insured) subject to absence of medical contraindications for medical repatriation.
4.3. Costs of medical repatriation shall include:
4.3.1. costs of transport to the customs point of Ukraine (the fare as a passenger of an aircraft, train, vehicle/cost of transportation by air);
4.3.2. costs on medical support by a physician and/or paramedics of the Insurer's Assistance if medical support is recommended by a doctor;
4.3.3. the costs of paying extra baggage weight of portable medical equipment;
4.3.4. payment for additional weight of personal baggage of the Insured person;
4.3.5. the costs of the Medical Brigade or the doctor of Assistance (travel expenses);
4.3.6. payment for the costs of use of reanimation/other equipment during medical repatriation;
4.3.7. administrative costs (consular fees, state duty, others);
4.3.8. cost of urgent messages related to extraordinary developments or insured event, sent to the Assistance.
4.4. Costs of posthumous repatriation of the body (ashes) of the Insured person to Ukraine in case of death during the term and on the territory of the Insurance contract shall include:
4.4.1. funeral services costs and/or the Assistance services costs;
4.4.2. cost of coffin for international transportation;
4.4.3. payment of the cost of transportation of the body ( ashes) of the Insured person to the customs point of Ukraine;

4.4.4. the Assistance travel expenses to the place of an insured event occurrence;
4.4.5. administrative costs (consular fees, state duty, others);
4.4.6. cost of urgent messages related to extraordinary developments or insured event, sent to the Assistance.
4.5. The costs of repatriation of the body (remains) of the Insured person to the place of residence of the Insured person in case of death due to an accident or sudden illness.
4.6. In the case of burial (cremation) of the body on the territory of insurance (if costs do not exceed the cost of posthumous repatriation to the country of residence) (subject to agreement with the Insurer and the Insured's close relatives) the following costs shall be indemnified:
4.6.1. costs of funeral services and / or Assistance;
4.6.2. the cost of the coffin or cremation of the body;
4.6.3. transportation costs to the place of burial;
4.6.4. costs of funeral services;
4.6.5. administrative costs.
4.7. If the Insured person is a citizen of a foreign state or a stateless person or a person with dual citizenship, the Insurer shall indemnify the following transport costs:
4.7.1. transport assistance to the Insured person in the manner prescribed by p. 4.2.1. hereof;
4.7.2. in cases of medical or posthumous repatriation of the Insured person, its unused ticket to travel back to Ukraine (country of residence) shall be provided to the foreign representative of the Insurer or directly to the Insurer.
4.8. In accordance with the chosen Insurance scheme the insurer shall indemnify the additional cost of economy class fare (as decided by the Insurer or the Assistance on destination, route, type, transport class):
4.8.1. one of the closest relatives to the country of residence of the Insured person and back if the Insured person stays in a medical facility in a critical condition for more than 14 days;
4.8.2. travel to Ukraine of relatives of the Insured persons, who stay with the Insured persons, in case of its death;
4.8.3. children under the age of 16 (sixteen) years to Ukraine in case of prolonged illness of the Insured person with whom they were abroad;
4.8.4. of the Insured to Ukraine in case of the death of its close relatives;
4.9. In accordance with the chosen Insurance scheme the Insurer shall indemnify the additional cost
4.9.1. of residence in a hotel room of economy category for a period of three days of a close relative in case of the Insured persons' stay in a medical facility in critical condition;
4.9.2. on transportation of the Insured to a medical facility as defined by the Assistance under consultation with the Insurer, at the place of residence, if further in-patient treatment is necessary;
4.9.3. on further treatment in Ukraine after returning from abroad till the moment of elimination of threat to life of the Insured person, i.e. during its stay in the emergency department within an amount determined in the Insurance scheme.
4.9.4. on early return of the Insured (Insured person) to permanent residence in connection with deportation. Such cost shall include the cost of economy class return ticket (under decision of the Insurer or the Assistance on destination, route, type, transport class) or the replacement cost of executing the relevant documents.
4.9.5. On court proceedings in the interest of the Insured (the Insured person) to protect its rights and to enable communication with a lawyer. In this case attorney's fee shall be paid by the Insured (Insured person).
4.9.6. On return and sending luggage to the proper address if it was mistakenly sent by a carrier at a different address, as well as in the event of illness lasting more than 14 days, or death of the Insured (Insured person).
4.9.7. Costs associated with the replacement of documents at their loss or theft.
4.9.8. In case of breakdown or accident with the Insured's vehicle (Insured person's) or in case of its inability to drive for medical reasons during a stay outside Ukraine (only in Europe):
- the cost of shipping the vehicle to the nearest authorized service centre;
- the cost of staying in a hotel during the repair of the vehicle, but no more than 3 days.
4.9.9. To purchase essential items worth up to EUR 100 in case of sending luggage to another address.

4.9.10. On bail in court if the Insured person has done an unconscious violation of the laws of the country and a criminal case is started against the Insured person.
4.10. Expenses, which are indemnified by the Insurers, shall be defined by specific Insurance scheme, specified in the Contract.
4.11. The cost of urgent phone messages to the Assistance or the Insurer on the insured event shall be indemnified within the amount provided by the selected Insurance scheme.

**5. Exclusions from insured events and limitations of insurance:**

5.1. The following shall not to be insured:
5.1.1. persons, whose age at the day of ending of a trip abroad exceeds 75 years of age and children younger than 1 year, unless otherwise provided by the Contract;
5.1.2. persons with medical contraindications on trips abroad;
5.1.3. pregnant women, with pregnancy period of more than 6 months, unless otherwise provided by the additional terms and conditions of the Contract;
5.1.4. incapacitated persons and persons with reduced mobility;
5.1.5. persons suffering from severe nervous and mental disease, stroke, brain tumours, epilepsy, schizophrenia, etc.
5.1.6. persons suffering from drug addiction, alcoholism;
5.1.7. persons with AIDS.
5.2. The Insurer shall not be liable under the Contract and shall not indemnify the costs of medical care to the Insured person in cases where such care is related to:
5.2.1. deterioration of health or death of the Insured person due to illness or injury, which was diagnosed before the inception of the Contract, regardless of whether the treatment was carried out or not;
5.2.2. treatment of chronic diseases (including mental health, depression), except in cases of chronic diseases threatening the life of the Insured person;
5.2.3. any disease in remission;
5.2.4. treatment of any side, concomitant diseases and / or symptoms;
5.2.5. health condition, resulting from self-medication and treatment in a medical facility and / or by individual physicians without the prior written consent of the Assistance;
5.2.6. deteriorating health, injury or death of the Insured person due to use of drugs, toxic substances and / or alcohol, but also because of unfounded appeals to the Assistance as a result of the Insured Person being in a state of alcoholic, narcotic or toxic substances;
5.2.7. nervous, mental illness and exacerbations, and its associated trauma;
5.2.8. birth defects and diseases;
5.2.9. medical conditions resulting from the deliberate infliction of injury, injury to the Insured Person by himself, attempted suicide;
5.2.10. medical conditions that result from the commission of the Insured person of intentional offence or crime under the current laws on the insurance territory and at the country of residence;
5.2.11. treatment of diseases not cured at the day of inception of a trip and which are a medical contraindication for travel;
5.2.12. treatment of diseases that in the past 6 months before the insured event, required hospital treatment;
5.2.13. medical care or treatment of the Insured person which is not immediate and is not prescribed as a result of a sudden illness or accident;
5.2.14. medical care or treatment of the consequences of an accident or sudden illness of the Insured person arising out of the Insured persons' participation in the civil war or the war with a foreign country, as well as participation in a riot, popular uprisings, terrorist acts and sabotage etc.;
5.2.15. any radiation damage;
5.2.16. epidemics, pollution and natural disasters;
5.2.17. consequences of a suicide or attempted suicide of the Insured person;
5.2.18. pregnancy and its consequences or complications, including: childbirth, abortion (except in cases where abortion was necessary due to an accident or sudden illness for medical reasons) considering p.5.1.3. of the Contract;
5.2.19. male and female infertility and measures for birth control;
5.2.20. sexually transmitted diseases (including TORCH-infections, AIDS);
5.2.21. HIV, AIDS, and medical conditions associated with HIV infection, as well as any other immunodeficiency disorders and conditions;
5.2.22. disease of viral hepatitis, except hepatitis «A»;

5.2.23. cancer and tuberculosis;
5.2.24. accidents that have occurred as a result of any sports, including during competition or training, unless otherwise provided by the terms of the Insurance contract;
5.2.25. consequences of accidents, provoked by the Insured Person;
5.2.26. implementation of the Insured person's professional activities, unless otherwise provided by the terms of the Insurance contract;
5.2.27. hydrotherapy, cosmetic treatment, SPA-procedures;
5.2.28. sunburn or other acute skin changes due to ultraviolet radiation;
5.2.29. prosthetics, purchase of artificial limbs and orthopaedic products (optical correction of vision, glasses, frames to them, contact lenses, hearing aids, test equipment, etc.), acquisition of strengthening medicine of general action and hygiene products, baby food, providing metered dose inhalers to relieve bronchospasm, spacers, nebulizers;
5.2.30. dental treatment, except as related to the elimination of an acute dental pain under the Insurance scheme;
5.2.31. application of treatments which is not officially recognized by science and medicine;
5.2.32. the Insured person's refusal of examination and / or treatment by a doctor appointed by the Assistance, failure to comply with medical staff appointments or breach of medical treatment of a medical facility;
5.2.33. treatment, prescribed and done by the person with whom the Insured person has family relations;
5.2.34. stay in sanatoriums, rest homes, and other institutions of a similar type;
5.2.35. services provided by health facilities that do not have the proper license, or a person who is not entitled to carry out medical activities;
5.2.36. rehabilitation therapy and physiotherapy;
5.2.37. nursing the Insured person by relatives or by persons designated by them irrespective of whether they are professional health workers;
5.2.38. providing additional comfort, such as: TV, telephone, air conditioning, humidifier, hairdresser, beautician, etc., unless otherwise provided by the terms of insurance;
5.2.39. consequences of alcohol use and intoxication (the percentage of alcohol in blood exceeds the rate, prescribed by the law of the host country), narcotic or toxic intoxication, use of drugs or narcotics without a prescription;
5.2.40. deteriorating health or death of the Insured person, if the travel was done deliberately with the intention to get treatment on the insurance territory;
5.2.41. medical conditions associated with participation in any form of flight, except for the flight as a passenger of regular airline or licensed charter flights on a fixed route.
5.3. The Insurer shall not indemnify the following costs:
5.3.1. incurred by the Insured person in connection with professional medical mistake, moral damages and other consequential damages;
5.3.2. made without the approval of the Assistance (except in exceptional circumstances threatening the life of the Insured person for medical reasons);
5.3.3. in the amount of deductible, if any under the Insurance contract;
5.3.4. which the Insured person paid with cash exceeding the amount of limit, set out in the Insurance contract for medical care cash payments;
5.3.5. incurred by the Insured person outside the territory and term of the Contract, and at a time, that exceeds a specified number of days of validity of insurance coverage;
5.3.6. for treatment in the country of residence and / or citizenship, except as otherwise provided by the Insurance scheme;
5.3.7. evacuation / repatriation, hospitalization, emergency (ambulance) medical care which is not coordinated with the Assistance;
5.3.8. for medical evacuation / repatriation of the Insured person in case of minor illnesses or injuries that, according to the doctor of the Assistance and agreed by the Insurer, are to be treated on the insurance territory and / or prevent the continuation of the trip;
5.3.9. for medical evacuation and / or repatriation when, in the opinion of the doctor of the Assistance, the Insured person is physically able to return to the country of residence on its own, as ordinary passenger;
5.3.10. in dentistry, replacement or repair of tooth crowns, bridges, besides measures of immediate (emergency) dental care in acute toothache of natural teeth
5.3.11. on medical examination;
5.3.12. costs of scheduled and unscheduled vaccination and the costs of treating diseases that are caused by violation of obligatory vaccinations and inoculations;

5.3.13. for cosmetic and plastic surgery, heliotherapy, hydrotherapy;
5.3.14. on surgery on the heart and blood vessels (coronary artery bypass grafting, etc.) even if there is a medical condition for their implementation;
5.3.15. to pay for medical services that are not confirmed by a doctor;
5.3.16. for treatment that does not comply with the diagnosis;
5.3.17. for medical services, which, according to the Assistance and agreed by the Insurer, are not required for diagnosis and treatment;
5.3.18. for medical rehabilitation;
5.3.19. of non-medical nature such as telephone calls, which are not related to an insured event, as well as losses incurred in connection with causing damage to the property of the Insured (Insured person);
5.3.20. for treatment not prescribed by a doctor;
5.3.21. for a medical examination and inspection, after which the treatment was not prescribed.

**6. The rights, duties and responsibilities of the Parties.**

**6.1. The Insured shall have the right to:**

6.1.1. read the terms and rules of insurance;
6.1.2. to amend the terms of insurance;
6.1.3. for early termination of the Insurance contract;
6.1.4. to obtain duplicate of the Insurance contract in the event of loss of the original. The Insurer shall be provided with a written request for issuance of a duplicate. Since obtaining a duplicate the lost Insurance contract is invalid;
6.1.5. for indemnification of costs, provided for in the Insurance contract subject to requirements set out in section 7 of the Contract;

**6.2. The Insurer shall have the right to:**

6.2.1. verify the information provided by the Insured;
6.2.2. require the Insured to perform the Contract terms;
6.2.3. terminate the Insurance contract;
6.2.4. independently investigate the cause and circumstances of the insured event, and, if necessary, to receive opinions from the competent authorities regarding the circumstances of the insured event;
6.2.5. to require medical examination of the Insured person in case of doubt in veracity of the information concerning the circumstances of the insured event, if necessary, to arrange medical examinations of the Insured person;
6.2.6. to decline the insurance claim in case if the Insured failed to comply with the Contract terms in whole or in part;
6.2.7. within the limitation period specified by the legislation of Ukraine, from the date of payment of the insurance claim to demand return of the insurance indemnity amount or any part thereof, for there are any reasons for such actions under the law of Ukraine or the terms of the Contract;
6.2.8. to require the Insured or the Insured person to provide other documents to confirm the occurrence of an insured event other than those referred to in p. 8.7 of the Contract;
6.2.9. defer the payment of insurance claim in the event of doubt as to the fact of the insured event occurrence.

**6.3. The Insured shall:**

6.3.1. pay insurance premiums timely and in full;
6.3.2. when entering into the Insurance contract to provide the Insurer with information on all known circumstances that are material to the assessment of insurance risk and to continue to inform the Insurer of any change in insurance risk;
6.3.3. inform the Insured persons about the Insurance contract terms;
6.3.4. at the request of the Insurer, when entering into the Contract, to provide the medical examination of the person being insured;
6.3.5. upon the occurrence of the event, which has signs of an insured event, to immediately notify the Assistance (the Insurer directly) by the telephone numbers specified in the Insurance contract or in any other available method, that allows to objectively record the fact of notification and perform all the Insurer's recommendations and orders;
6.3.6. to documentary prove to the Insurer or the Assistance, that at the time of applying for medical and other assistance the Contract did not expire by presenting a passport, stamped with the date of crossing the state border of the country, which is referred to as the territory of the Contract, if the term of the Contract exceeds the number of days of validity of the

Contract, which is referred;
6.3.7. to take timely precautions to reduce the likelihood of insurance claims and reduce losses caused as a result of the insured event;
6.3.8. at the conclusion of the Insurance contract to notify the Insurer about any other valid insurance contracts covering the subject of the Contract;
6.3.9. to release doctors from the obligation of medical confidentiality to the Insurer.

**6.4. The Insurer shall:**

6.4.1. inform the Insured of the terms and conditions of insurance;
6.4.2. comply with the conditions of the Contract;
6.4.3. issue the Insured a copy of the Contract;
6.4.4. within two (2) working days as soon as it becomes known about the occurrence of the insured event, to take steps to execute all necessary documents for timely payment of insurance claims;
6.4.5. to pay the insurance indemnity under the conditions and terms stipulated by the Insurance Contract;
in case of delay of insurance indemnity payment, the Insurer shall bear financial responsibility by paying a penalty (fine, forfeit) to the Insured / the Assistance, which on behalf of the Insurer performed settlement of the damage, at the rate of double NBU discount rate in effect at the time of payment of insurance indemnity.
6.4.6. not to disclose any information about the Insured and its property status, except as prescribed by the law, to ensure the confidentiality of medical information of the Insured person, unless the disclosure of such information is caused by the need to provide medical care;
6.4.7. in case if the Insured or the Insured person applies about losing copy of the Contract during its validity term, to execute and issue a duplicate.

**7. The actions of the Parties in case insured event occurrence.**

7.1. In the case of event that can lead to unexpected expenses and loss occurrence, the Insured person shall notify the Assistance no later than in 24 hours by the telephone numbers specified in the Contract, and agree further steps with the Insurer. If it is impossible to notify the Assistance, it is permitted to notify directly the Insurer.
7.2. If the Insured person is physically unable to contact the Assistance (the Insurer directly) before receiving medical care, the Insured person or its representative shall as soon as possible but not later than in 2 (two) days from the beginning of medical assistance, notify the Assistance or the Insurer directly and agree the costs and further action.
7.3. Notification to the Assistance or the Insurer directly should include:
- name of the insurance company with which the Contract is concluded;
- full name of the Insured person;
- Contract number;
- sum insured;
- inception date and expiry date of the Contract;
- period of contract validity (number of days);
- information about the event occurred;
- location, contact phone number of the Insured person;
- nature of help needed.

7.4. The Assistance shall send information about the event to the Insurer in the order and term, specified by the Contract of assignment, and after consultation with the Insurer the Assistance shall organize provision of health care and other services.
7.5. The Insured person is obliged to comply with the instructions and guidelines given to it by the Assistance in order to coordinate further action.

**8. The procedure and conditions for the payment of insurance claims and the documents proving the insured event.**

8.1. Indemnification of costs of the Insured person for received medical care at the onset of events within the period and on the Contract territory can be made:
8.1.1. Directly to the Assistance, for providing services to the Insured person, on the basis of a Cooperation agreement between the Insurer and the Assistance and documents confirming the fact of occurrence and the settlement of insured event;
8.1.2. Directly to the Insured person, if under the Assistance's consent the Insured person paid for the services provided to the Insured person, within the limits set by the Contract;
8.1.3. Directly to the Insured person within the limit of EUR 200 (two hundred) subject to payment in UAH under exchange rate of the National Bank of Ukraine on the day of

payment for services in the host country in the event of failure to notify the Assistance or the Insurer under terms specified in the Contract, subject to the decision of the Insurer on about such indemnity payment.
8.2. The decision on the payment of insurance indemnity to the Assistance or the Insured person shall be accepted by the Insurer within thirty (30) days from the date of receipt of all required documents.
8.3 In the case, referred to in p. 8.1.1, the Insurer shall issue a Claim report and indemnify the expenses of the Assistance within ten (10) working days from the date of signing the Claim report by the Parties; the copy of the Claim report is provided to the Insured (in case of posthumous repatriation of the Insured, the Claim report is provided to its legal heirs).
8.4. In the case, referred to in p. 8.1.2., the Insurer shall issue a Claim report and indemnify the Insured person via cash desk or by a bank transfer in accordance with the request of the Insured, set forth in its application for insurance indemnity, within ten (10) working days from the date of signing the Claim report by the Parties; a copy of Claim report is provided to the Insured person (in case of posthumous repatriation of the Insured, a copy of Claim report is provided to its legal heirs).
8.5. The insurance indemnity shall be determined by the Insurer on the basis of the received documents certifying the fact of the insured event.
8.6. To make payment of insurance indemnity, the Insured (Insured person) shall provide the Insurer, within 15 days from the date of entry into Ukraine or country of permanent residence, with application about insured event and the following documents:
8.6.1. original Contract;
8.6.2. document that verifies the identity of the Insured person;
8.6.3. copy of the certificate on identification number of the taxpayer;
8.6.4. invoices for medical services, provided to the Insured person, and fiscal checks (money orders) that certify the fact of payment;
8.6.5. original medical report on letterhead and / or with the original seal of health care facilities in which the treatment was provided to the Insured person (or physician's, who provided the treatment), with the name and surname of the Insured person, the contract number, date of application of the Insured person to a medical institution (doctor), previous and clinical diagnosis, list and the cost of treatment prescribed; medical opinions of doctors who provide medical services, laboratory and instrumental investigations. The medical report or doctor's certificate shall be authenticated by the signature of the Insured person about receiving the listed services;
8.6.6. original of recipes with a seal, indicating the name of a doctor, medication, as well as original documents confirming payment of the medicines prescribed by the doctor in connection with the disease;
8.6.7. paid invoice for call to the Assistance or directly to the Insurer with marks about the date of the call, the caller and the call duration;
8.6.8. medical certificate of the fact of the event occurrence;
8.6.9. payment details for the transfer of insurance indemnity.
8.7. Insurance indemnity shall be paid by the Insurer under the Claim report within the sum insured per Insured person, in the amount of actual and documented costs less established deductible under the Insurance contract.
8.8. If the Insured and / or the Insured person receive indemnity from those persons, responsible for causing damage, the Insurer shall pay the difference between the amounts to be paid and the amount received by the Insured and / or the Insured Person from mentioned persons. The Insured person (the Insured) shall notify the Insurer about receipt of indemnity from the responsible persons and about its amount.
8.9. The sum insured per Insured person shall be decreased over the term of Insurance contract on the amount of insurance claims paid.
8.10. Terms of providing medical and other services and payment of insurance indemnity in case of multiple trips:
8.10.1. the list of services shall be defined in the Insurance scheme;
8.10.2. maximum number of days of stay on the insurance territory shall be indicated on the first page of the Insurance contract;
8.10.3. when applying to the Assistance for receiving services, provided by the Contract, the Insured person shall, in addition to the Insurance contract, also present its passport to check the restrictions specified in p. 8.10.2. of the Contract;
8.10.4. if the insured event occurred in violation of p. 8.10.2., the Insurer shall not be liable

in respect of insurance claims.

**9. Reasons for refusal to pay insurance claims**

9.1. The grounds for the Insurer's refusal to pay insurance claims are:

9.1.1. failure of the Insured (Insured person) to comply with the terms of the Insurance contract;

9.1.2. failure or delay in performance of the Insured's duty to notify the Assistance or the Insurer of the occurrence of events that can lead to unexpected expenses, or creating obstacles to the Insurer in determining the causes and circumstances of the insured event, the nature and amount of damages;

9.1.3. commitment by the Insured or the Insured Person of deliberate actions to cause the insured event. The above term shall not apply to actions, related to execution of a civil or public duty, in a state of self-defence (without exceeding its limits) or the protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. Qualification of actions of the Insured or the Insured Person shall be made according to the current legislation of Ukraine;

9.1.4. failure of the Insured to comply with medical appointments and instructions of the Assistance, leading to additional costs;

9.1.5. the Insured's refusal of medical examination, appointed at the request of the Insurer to confirm the occurrence of events that led to the insured event;

9.1.6. submission to the Insurer of false information about the object of insurance or the fact of the insured event;

9.1.7. commitment of the Insured or the Insured Person of an intentional crime, which led to an insured event;

9.1.8 insured event occurrence outside the territory and period (number of days) of the Insurance contract;

9.1.9. onset of cases, referred to in the Rules as exceptions;

9.1.10. the Insured person's failure or untimely provision at the request of the Insurer of the documents, proving the insured event occurrence and / or the circumstances;

1.9.11. in other cases stipulated by the legislation of Ukraine.

9.2. In case of refusal to pay the insurance indemnity the Insurer shall inform the Insured and / or the Insured person in writing with the reasons for refusal within five (5) working days from the date of issue the act of denial of insurance claim.

**10. The procedure for making amendments to the terms of the Insurance contract and its termination**

10.1. Any amendment to the Insurance contract shall be carried out under the consent of the Insured and the Insurer by entering into an additional agreement, which is an integral part of the Insurance contract.

10.2. The Party who initiates amendments and / or additions to the Contract's provisions shall be obliged to notify the other party about its intention to amend and / or supplement the Contract at least in thirty (30) calendar days prior to the date of amendments and / or additions.

10.3. If either Party does not agree to make any amendments or additions to the Insurance Contract, the question of the Contract validity on the preconditions or termination of the Contract action shall be resolved within ten (10) working days of the final term for review of proposals for amendments or additions to the Contract.

10.4. The Insurance contract shall be terminated and repealed by the consent of the Parties, and in the case of:

10.4.1. Contract expiry;

10.4.2. if the Insurer's obligations to the Insured are fulfilled to the fullest;

10.4.3. non-payment by the Insured of insurance premium under the Insurance contract terms and amounts. The Insurance contract shall be considered terminated if the insurance premium was not paid under the Insurer's written request within ten (10) working days from the date of filing such a request to the Insured, unless otherwise stipulated by the Insurance contract;

10.4.4. liquidation of the Insured - business entity or death of the Insured - individual or loss of capacity, except as provided by the Law of Ukraine «On Insurance»;

10.4.5. liquidation of the Insurer in accordance with the laws of Ukraine;

10.4.6. judicial decision on the recognition of the Insurance contract null and void;

10.4.7. in other cases stipulated by the legislation of Ukraine or the Insurance contract.

10.5. The Insurance contract may be terminated at the request of the Insured or the Insurer if such actions are provided by the Insurance contract.

10.6. The Party that initiates the early termination of the Insurance contract is obliged to notify the other Party about its intention to terminate the Insurance contract no later than in thirty (30) calendar days prior to the date of termination of the Contract, unless otherwise provided.
10.7. In the event of early termination of the Insurance contract upon request of the Insured the Insurer shall return the insurance premium for the period remaining until the end of the Contract, less the legal costs of doing business and the actual amounts of insurance claims that have been paid under the Insurance contract. If the request of the Insured is due to the failure of the Insurer to fulfil terms of the Insurance contract, the Insurer shall return paid by the Insured premiums in full.
10.8. In the event of early termination of the Insurance contract upon the request of the Insurer, premiums paid shall be returned to the Insured in full. If the request of the Insurer is due to the Insured's failure to fulfil the Insurance contract, the Insurer shall return the Insured insurance premium for the period remaining until the end of the Contract, less costs of doing business and the actual amounts of insurance claims that have been paid under the Insurance contract.
10.9. The cost of doing business shall be 30% of the insurance rate.
10.10. In the event of early termination of the Insurance contract no cash refund is allowed if premiums were paid in cashless form.
10.11. The Insurance contract is invalid since its conclusion, in cases stipulated by the legislation of Ukraine.

**11. The basic conditions under Section II**

11.1. In addition to the terms of the voluntary insurance of medical and other expenses while travelling abroad, the Insurer hereunder shall cover voluntary personal accident insurance.
11.2. An accident shall include: trauma, burns, frostbite, drowning, the effect of electric current, lightning, sunstroke, illegal actions of third party, animal attack, falling of foreign object or the Insured person, accidental suffocation, accidental getting of foreign objects into respiratory tract , accidental poisoning by toxic plants, chemical substances (industrial or domestic), medicines, poor quality food, as well as injuries that result from the movement of means of transport (car, train, tram, etc.) or during a natural catastrophe, while using machines, tools, weapons, and all kinds of instruments.
11.3. Conditions of insurance claim payment.
11.3.1. Insurance claim shall be paid by the Insurer under the application of the Insured (Insured person, Beneficiary, heirs of the Insured person), all necessary duly certified documents proving that the insured event and the Claim report, issued by the Insurer in the manner established by the legislation of Ukraine, the Rules and the Contract.
11.3.2. Claim report is issued by the Insurer within five (5) business days after receipt of all documents.
11.3.3. In case of the insured event, specified in p. 3.2.2, the Beneficiary (the heirs of the Insured) shall be paid 100% of the sum insured.
11.3.4. In case of death of the Insured person as a result of an accident, the heirs shall be paid 100% of the sum insured, specified in the Contract.
11.3.5. In case if the Insured person becomes disabled due to an accident, the Insurance indemnity shall amount to:
I group of disability - 100% of the sum insured, specified in the Contract;
II group disability - 80% of the sum insured, specified in the Contract;
III group of disability - 60% of the sum insured, specified in the Contract.
11.4 In order to receive the insurance indemnity the Insured person (successor, beneficiary - in case of death of the Insured person due to an accident) shall provide the following documents:
11.4.1. written application in form set by the Insurer;
11.4.2. copy of the Contract;
11.4.3. disability certificate or its copy, issued by a medical institution (if it is impossible to receive disability certificate a certificate of a medical institution is provided);
11.4.4. document identifying the person in whose favour the insurance claim shall be paid;
11.4.5. a copy of identification number certificate of the person to whom the insurance claim is paid.
11.4.6. other documents at the request of the Insurer.
11.4. Grounds for refusal to pay insurance claim.
11.6.1. The grounds for the Insurer's refusal to pat the insurance claim shall be the following:

11.6.1.1. deliberate actions of the Insured (the Insured person, the Beneficiary) aimed at insured event occurrence. The above term shall not apply to actions related to execution of civil or public duty, in a state of self-defence (without exceeding its limits) or protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. Qualification of actions of the Insured (the Insured person, the Beneficiary) shall be determined in accordance with the current legislation of Ukraine;
11.6.1.2. committing by the Insured individual (Insured person) of an intentional crime, which led to an insured event;
11.6.1.3. Insured knowingly submitting false information about the Insured person or the fact of the insured event;
11.6.1.4. late notification by the Insured (Insured person) of the insured event without valid reason or creation for the Insurer of any interference in determining the circumstances and the nature and extent of damage
11.6.1.5. other grounds provided by the rules and the laws of Ukraine.
11.7. The decision of the Insurer to refuse to pay insurance claim shall be reported to the Insured or the Insured person in writing stating the reasons for refusal within five (5) days from the date of the decision.
11.8. The sum insured is paid in the national currency of Ukraine.

**12. The basic conditions under Section III**

12.1. In addition to the terms of the voluntary insurance of medical and other expenses while travelling abroad the Insurer hereunder shall cover voluntary liability of the Insured for bodily injury or property damage to an individual, as well as damage caused to a business entity.
12.2. Insurance claim is paid by the Insurer based on the application of the Insured (Insured person), all necessary duly certified documents proving the occurrence of the insured event and the claim report, drawn up by the Insurer in the manner established by the Rules and the Contract.
12.3. The Contract under Voluntary liability insurance shall set a deductible of 1% of the sum insured.
12.4. The Insured (Insured person) shall notify the Insurer of the insured event within two days after returning from a trip abroad.
12.5. Claim report shall be executed by the Insurer within five (5) business days after receipt by the Insurer of all required documents.
12.6. In order to execute the Claim report by the Insurer the Insured (Insured person) shall provide:
12.6.1. a written request for payment of insurance claim in the form specified by the Insurer;
12.6.2. copy of the Contract;
12.6.3. a copy of the identification number certificate;
12.6.4. set of claim documents received from the claimant (injured) in support of the claims against the Insured (Insured person), including duly certified copies of writs;
12.6.5. duly certified copy of the court decision on the recognition of the Insured (insured person) responsible, stating the amounts due as indemnity to the Insured (Insured person);
12.7. Insurance claim is paid within the sum insured specified in the Contract less the insurance deductible and amounts received by the Insured as indemnities for damages to third party;
12.8. The terms, contained in the Rules of insurance, but which are not included in the wording of the Insurance contract shall be binding for the Insured.

**12.9. Grounds (reasons) for refusal to pay an insurance claim.**

12.9.1 The decision to refuse to pay insurance claim is accepted by the Insurer within 10 working days after receipt of the documents provided by p.12.6 hereof;
12.9.2. The decision to refuse to pay an insurance claim shall be reported to the Insured in writing within 5 working days from the date of the decision;
12.9.3. The reasons (grounds) to refuse to pay insurance claim in full or in part shall be the following:
12.9.3.1. Deliberate action of the Insured (the Insured person), other persons acting on its behalf (oral or written) or with the Insured's consent, aimed at the insured event occurrence. The above term shall not apply to actions, related to execution of civil or public duty, in a state of necessary defence (without exceeding its limits) or protection of property, life, health, honour, dignity and business reputation. Qualification of these actions shall be set according to the current legislation of Ukraine;

12.9.3.2. Commitment by the Insured (Insured person), other persons acting on its behalf (oral or written) or with its consent, of a crime that led to the occurrence of the insured event;
12.9.3.3. The lack of confirmed responsibility of the Insured (Insured person) for the insured event occurrence;
12.9.3.4. Presentation by the Insured (Insured person) of false information about the subject of the Contract, of fact, circumstances or causes of the insured event (the event that has features of the insured event);
12.9.3.5. Lack of necessary documents and / or information confirming the fact, causes, nature or circumstances of the insured event and / or the extent of the damage;
12.9.3.6. Failure or delay in notification of the Insurer on significant change in the degree of insurance risk and / or other conditions specified herein;
12.9.3.7. Failure or improper performance of the Insured's obligations assigned to it by the Rules and this Contract;
12.9.3.8. Other reasons (grounds) stipulated by the Rules;
12.9.4. The Insurer's refusal to pay insurance claim can be challenged in court by the Insured.

**13. SPECIAL CONDITIONS**

13.1 Conditions which are contained in the Rules, but are not included in the wording of the Contract, shall be binding for the Insured
13.2. This Contract is made in two copies having equal legal force, one for the Insurer and one for the Insured.

**14. LIABILITIES OF THE PARTIES AND DISPUTES RESOLUTION**

14.1. The Insurer in any case, shall not indemnify:
- forfeit (fine, penalty), paid by the Insured (Insured person);
- moral hazard;
- loss of profit (loss of income);
- legal fees, costs of related to inflation processes and etc.

14.2. All disputes and disagreements arising out of the Contract shall be resolved by the Parties through negotiations, and if no agreement is reached - by the court in accordance with the laws of Ukraine.
14.3. The Insured received the full information referred to in Article 12 of the Law of Ukraine «On Financial Services and State Regulation of Financial Services» dated July 12, 2001 No. 2664-III as amended.
14.4. The Insured agrees for processing of its personal data in accordance with the Law of Ukraine «On Protection of personal data» for the purposes of insurance operations of the Insurer, related financial activities, ensuring the implementation of administrative and legal relations, relations in the field of accounting and conduct internal databases of Illichivske IC PJSC. The Insured confirms that he was informed that his personal data will be included in a personal data file and can be passed on to a third party. Content of rights of a subject of personal data in accordance with the Law of Ukraine «On Personal Data Protection» is known and understood by the Insured. The Insured's consent shall be valid for an unlimited period.