

# ПАМ'ЯТКА ЗАСТРАХОВАНОМУ

У разі раптового захворювання або нещасного випадку Ви, Ваш представник або лікар повинні негайно звернутися до асистуючої компанії за телефонами, вказаними на обкладинці договору страхування.

*При зверненні детально інформуйте про страхову подію, а також вкажіть:*

- своє прізвище та ім'я;
- номер та серію договору;
- термін дії договору;
- страхову суму та програму страхування;
- адресу або номер телефону, за якими з Вами можна зв'язатися.

Ви повинні поінформувати лікарів-координаторів Асистуючої компанії про страховий випадок протягом 24 годин з моменту його настання.

*Вимагайте у лікаря, який надає Вам медичну допомогу, такі документи:*

- рахунок за лікування, підтверджений підписом лікаря та/або печаткою;
- рецепти на прописані ліки;
- висновок лікаря з встановленим діагнозом.

**УВАГА! Якщо Ви не звернетесь до Асистуючої компанії в обумовлен терміни, ТДВ "СК "ФІНЕКСПЕРТ" має право відмовити у виплаті страхового відшкодування (п. 10.3 Загальних умов Міжнародного страхового договору подорожуючих)**

# Шановний Застрахований

Ви тримаєте комплексний договір страхування, який дасть Вам змогу отримати безкоштовно певні медичні та юридичні послуги, необхідність в яких може бути викликана раптовим захворюванням, травмою та іншими негараздами, що можуть статися з Вам під час поїздки за межі України. Такі послуги надаватимуться в межах страхових сум та за умов, що їх надання обумовлене настанням страхових випадків в країнах, обраних Вами під час укладання цього договору та зазначених на окремій додатковій сторінці. Може статися так, що ми чи наші партнери не зможемо безпосередньо Вам організувати необхідну послугу. У такому випадку Вам доведеться сплатити за неї самостійно (за попереднім узгодженням з нами), а після повернення в Україну ми компенсуємо понесені Вами витрати.

***Просимо звернути увагу на особливості договору та обраної програми страхування.***

Договір страхування складається з двох частин – ІНДИВІДУАЛЬНОЇ (окремий аркуш) в якій зазначається Страхувальник, Застраховані особи, страхові суми, обрані програми страхування термін дії, інші персональні данні та ЗАГАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ у вигляді брошури, яку ви зараз читаете.

Перелік послуг та страхових випадків залежать від обраних програм, а максимальна вартість отримуваних послуг залежить від обраних страхових сум. Текстова частина брошури містить увесь перелік можливих послуг, але надаватися будуть тільки ті, які передбачені обраною Вами програмою, зазначеною в індивідуальній частині договору.

**У разі раптового захворювання або нещасного випадку**

**Ви, Ваш представник або лікар повинні негайно звернутися до асистуючої компанії за телефонами, вказаними на обкладинці договору страхування**

**При зверненні детально інформуйте про страхову подію, а також вкажіть:**

- своє прізвище та ім'я;
- номер договору страхування (дивіться роздрукований листок);
- програму страхування та відповідну до неї страхову суму
- країну перебування

**м- Ви повинні поінформувати лікарів-координаторів Асистуючої компанії про страховий випадок протягом 24 годин з моменту його настання.**

**- Якщо ви самостійно сплачуєте за послуги, вимагайте у лікаря, який надає Вам медичну допомогу:**

- рахунок за лікування, підтверджений підписом лікаря та печаткою;
- висновок лікаря з встановленим діагнозом;
- рецепт на прописані ліки;
- касові чеки за придбані в аптеці ліки.

Зберігайте зазначені документи для подання до страхової компанії «ФІНЕКСПЕРТ»

# УМОВИ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

## 1. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ

1.1. **СТРАХОВИК** - Товариство з додатковою відповідальністю “Страхова компанія “ФІНЕКСПЕРТ”, платник податку на прибуток на загальних підставах, діє на підставі Ліцензій національної комісії, що здійснює регулювання у сфері фінансових послуг від 03.12.2015 року.

Та  
**СТРАХУВАЛЬНИК** – особа (юридична особа, яка організує поїздку або подорож за кордон, або дієдатна фізична особа, що уклала цей Договір на свою користь або на користь третіх осіб), що зазначена у відповідному розділі Індивідуальних умов договору і яка сплатила страховий внесок.

*Уклали цей Договір добровільного страхування невідкладних медичних та інших витрат на користь застрахованих осіб з метою поїздки за кордон (далі - Договір страхування).*

**ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ** - особи, що мають намір та виїжджають за межі України, знаходяться під страховим захистом та зазначені у відповідному розділі Індивідуальних умов договору. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків страхувальника. Певні випадки можуть стосуватися близьких родичів застрахованої особи.

**БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ** - чоловік/дружина, діти, мати, батько, рідні брати або сестри Застрахованої особи.

1.2. Договір укладено відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного страхування медичних витрат» з додатками № 2 від 16.10.2006р., «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 16.10.2006 р. № 02 та Додатку № 2 до Правил добровільного страхування фінансових ризиків «Особливі умови добровільного страхування фінансових ризиків, пов'язаних з неможливістю здійснити або продовжити поїздку. Правил добровільного страхування вантажу та багажу (вантажобагажу) від 16.10.2006 р. Усі питання та спори, що не врегульовані цим Договором будуть вирішуватися з огляду на норми чинного страхового законодавства України, норм та правил країни перебування та зазначених у цьому пункті нормативних документів страховика.

1.3. Згідно з умовами Договору страхування Страховик зобов'язується відшкодувати Сервісній компанії або Страхувальнику або Застрахованій особі витрати, пов'язані з наданням медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, у разі надзвичайних подій що можуть статися до або під час поїздки Застрахованої особи за межі України.

**СЕРВІСНА КОМПАНІЯ** - асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика по організації необхідної допомоги Застрахованим особам та координує їх дії при настанні надзвичайної події та страхового випадку. Назва асистуючої компанії зазначена у лівому верхньому куті індивідуальної частини договору страхування.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із медичними та іншими витратами Страхувальника (Застрахованої особи).

### 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

**3.1. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** - подія, що відбулася внаслідок страхових ризиків, в результаті чого завдається шкода Застрахованій особі. При настанні страхового випадку у Страховика виникає обов'язок організувати надання послуги (допомоги) Застрахованій особі та/або сплатити страхове відшкодування через Сервісну компанію медичному закладу, що надав таку послугу або Застрахованій особі чи страхувальнику, якщо така послуга була оплачена ними самостійно. Страховий випадок має бути документально доведений. Страховими випадками є:

**3.1.1. РАПТОВЕ ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, РОЗЛАД ЗДОРОВ'Я, ТІЛЕСНЕ УШКОДЖЕННЯ** Застрахованої особи, що сталося несподівано і становить загрозу для життя та здоров'я Застрахованої особи та потребує невідкладної медичної допомоги.

**НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК** - раптова, непередбачувана 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.

**ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ** - травми, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, та потребують госпіталізації або амбулаторного лікування.

**ГОСТРИЙ БІЛЬ** - реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку болювого шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

**3.1.2. КАЛІЦТВО** застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

**3.1.3. СМЕРТЬ** застрахованої особи у зв'язку з раптовим гострим захворюванням або нещасним випадком.

**3.1.4. НЕМОЖЛИВІСТЬ ЗДІЙСНИТИ ПОЇЗДКУ** внаслідок:

- раптового погіршення стану здоров'я Застрахованої особи в результаті нещасного випадку або хвороби, що потребує госпіталізації та унеможливорює за медичними показниками Застрахованою особою здійснити поїздку, або внаслідок раптового погіршення стану здоров'я

близького родича Застрахованої особи в результаті нещасного випадку або хвороби, що становить загрозу його життю;

- смерті застрахованої особи, або її близького родича;

- судового розгляду, що припадає на період здійснення поїздки, у якому Застрахована особа бере участь як відповідач;

- пошкодження або знищення нерухомого майна Застрахованої особи внаслідок: стихійного лиха, пожежі, вибуху побутового газу, пошкодження водою з водопровідних, каналізаційних, опалювальних систем, протиправних дій третіх осіб;

- відмови у наданні в'їзної туристичної візи за умови своєчасної подачі до консульського відділу всіх документів, необхідних для оформлення поїздки.

**3.1.5. ВИНИКНЕННЯ ФІНАНСОВИХ ВТРАТ**, що можуть бути спричинені:

- дорожньо-транспортною пригодою;

- нещасним випадком, що трапився із Застрахованою особою;

- поломкою власного транспортного засобу, що сталася за межами України;

- затримкою або пропажею багажу Застрахованої особи;

- втратою або крадіжкою паспорту Застрахованої особи;

- поломкою спортивного інвентарю, взятого Застрахованою особою напрокат у місці відпочинку;

- ненавмисним нанесенням Застрахованою особою шкоди третій особі або її майну;

- порушення прав Застрахованої особи.

**3.2.** Перелік страхових випадків, що покриваються договором страхування та спосіб їх врегулювання залежить від обраної програми страхування.

**3.3. Страховим випадком не є і страхова виплата (виплата страхового відшкодування) не здійснюється**, якщо події, зазначені у п. 3.1 цих Загальних умов, сталися внаслідок:

**3.3.1.** Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків або токсичних речовин;

**3.3.2.** Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

**3.3.3.** Самогубства або замаху на самогубство;

- 3.3.4. Участь у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
- 3.3.5. Участь у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;
- 3.3.6. Терористичних актів, війни (оголошеної чи не оголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану;
- 3.3.7. Прямой чи непрямої дії радіоактивного чи іонізуючого випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення;
- 3.3.8. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без відповідного посвідчення водія або передачі нею керування особі, яка не має відповідного посвідчення або знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;
- 3.4. Якщо у Договорі страхування спеціально не було обумовлено інше та не був сплачений додатковий страховий платіж, Страховик не здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування), якщо події, перелічені в п. 3.1 цих Загальних умов, сталися внаслідок:

#### 4. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ТА ВІДПОВІДНІ ЇМ ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

Відповідно до цього договору страхування Страховик відшкодовує Застрахованій особі або Сервісній компанії витрати, понесені за межами України, передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування (А, В, С, D, «Срібна бізнес-картка», «Золота бізнес-картка», VIP), за умови, що вони погоджені з Сервісною компанією або Страховиком:

##### 4.1. Програма А (невідкладна медична допомога).

За цією Програмою відшкодовується вартість невідкладної медичної допомоги, наданої Застрахованій особі внаслідок гострого погіршення стану її здоров'я, спричиненого раптовою хворобою або нещасним випадком, що становить загрозу її життю та здоров'ю:

4.1.1. Невідкладна стаціонарна допомога (на умовах госпіталізації) в медичних закладах, включаючи вартість:

- медикаментозного лікування;
- діагностичних та лікувальних процедур, включаючи невідкладні оперативні втручання та використання необхідного для лікування медичного обладнання;
- перебування у палатах (у т.ч. реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі.

3.4.1. Виконання будь-якої роботи по найму або будь-яких форм небезпечної роботи у зв'язку з будь-якою справою, професією, ремеслом;

3.4.2. Заняття спортом на професійному рівні (включаючи змагання та тренування);

3.4.3. Заняття небезпечними видами спорту та хоббі (кінні перегони, автоперегони та змагання, мотосафари, катання на квадро циклах, велоспорт, катання на конях; банджоджампінг, стрибки з парашутом; контактні види бойових мистецтв; підводне плавання з використанням дихальних апаратів (дайвінг), стрибки у воду з трампліна, рафтинг; зимові види спорту; альпінізм, що потребує розумного використання провідників та мотузок, спуск у печери; дельтапланеризм, парапланеризм та будь-які форми польотів, за винятком тих, що здійснюються Застрахованою особою в якості пасажира, який сплатив проїзд регулярним авіарейсом або ліцензованим чартерним рейсом по затвердженому маршруту.

Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном у межах встановленого у Договорі страхування ліміту доти, поки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в Україну для продовження лікування;

4.1.2. Швидка медична допомога (в т.ч. на місці виникнення надзвичайних медичних обставин) машиною швидкої невідкладної допомоги;

4.1.3. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікувального закладу за погодженням із Сервісною службою;

- медична евакуація (репатріація) із-за кордону на територію України, включаючи витрати на супроводжуючу особу при наявності медичної довідки про необхідність супроводу;

4.1.4. Перевезення тіла померлого на територію України. При цьому Страховик відшкодовує витрати на всі необхідні для перевезення процедури. Поховання та ритуальні послуги за кордоном оплачуються в межах 3 000 (трьох тисяч) євро.

4.1.5. Телекомунікацію (послуги зв'язку Застрахованої особи (Страхувальника) з Сервісною службою або Страховиком при настанні страхового випадку або екстремальної ситуації). Максимальний ліміт відшкодування - 10 євро;

#### **4.2. Програма В (медико-адміністративні послуги).**

За цією Програмою додатково до медичних витрат, перелічених у Програмі А, відшкодовуються витрати, нерозривно пов'язані зі страховим випадком:

4.2.1. Невідкладна амбулаторна допомога, надана в медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації);

4.2.2. Вартість ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану, придбаних за рецептом лікаря.

*Увага! Витрати на лікування захворювань простудного та інфекційного характеру відшкодовуються тільки у випадку загрози для життя Застрахованої особи;*

4.2.3. Невідкладна стоматологічна допомога. Максимальний ліміт відшкодування - 150 євро;

4.2.4. Невідкладна допомога вагітним жінкам до 7-го місяця вагітності;

4.2.5. Візит третьої особи за згодою Страховика, якщо тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі перевищує 10 діб. Відшкодовується: вартість квитків в економічному класі, проживання в готелі не більше, ніж чотири доби. Максимальний ліміт відшкодування за проживання в готелі - 50 ЄВРО за добу;

4.2.6. Продовження перебування Застрахованої особи за кордоном, якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку на підставі припису лікаря виїзд має бути організований пізніше. Відшкодовується вартість проживання в готелі не більше, ніж чотири доби. Максимальний ліміт відшкодування за проживання в готелі - 50 євро за добу;

4.2.7. Евакуацію, при необхідності, дітей Застрахованої особи віком до 14 років, в разі її хвороби або смерті. Страховик має право використати їх зворотні квитки;

4.2.8. Придбання предметів першої необхідності при затримці багажу Застрахованої особи більше ніж на 3 години. Максимальний ліміт відшкодування - 100 євро;

4.2.9. Надання допомоги по заміні особистих документів Застрахованої особи у разі їх втрати або крадіжки. Максимальний ліміт відшкодування - 200 євро;

4.2.10. Відшкодування витрат, понесених Застрахованою особою у випадку поломки спортивного інвентаря, взятого нею напрокат у місці відпочинку. Максимальний ліміт відшкодування - 200 ЄВРО.

#### **4.3. Програма С (медико-адміністративні та юридичні послуги).**

За цією Програмою додатково до медико-адміністративних витрат, перелічених у Програмі В, відшкодовуються витрати, нерозривно пов'язані з настанням страхового випадку:

4.3.1. Депортація Застрахованої особи з країни перебування. Відшкодовуються витрати на депортацію у розмірі до 1000 (однієї тисячі) євро;

4.3.2. Витрати, пов'язані з нанесенням Застрахованою особою збитків іншій особі чи її майну, якщо це передбачено умовами Договору страхування та Страхувальник сплатив додаткову страхову премію. Страховий випадок визнається таким лише з факту встановлення обов'язку Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодувати шкоду чи збитки по добровільній трьохсторонній згоді Страхувальника (Застрахованої особи), потерпілої третьої особи та Страховика, або за рішенням суду, що набуло сили.

Ліміт відповідальності за даним пунктом визначається в індивідуальній частині Договору страхування.

4.3.3. Особам, застрахованим за цією Програмою, Сервісна служба організує додаткові послуги, вартість яких сплачує Застрахована особа:

4.3.3.1. Надання допомоги по порушенню справи по захисту прав Застрахованої особи;

4.3.3.2. Організацію послуг адвоката в адміністративних процесах від імені або проти Застрахованої особи. Винятки: податкове, трудове, кримінальне законодавство.

#### **4.4. Програма D (медико-адміністративні та юридичні послуги, транспортний асистанс).**

За цією Програмою додатково до медико-адміністративних та юридичних витрат, перелічених у Програмі С, відшкодовуються витрати Застрахованої особи, яка подорожує на власному транспортному засобі, пов'язані з пошкодженням цього транспортного засобу внаслідок ДТП або з інших причин:

4.4.1. На евакуацію транспортного засобу, непридатного до руху, до найближчої станції технічного обслуговування або автостоянки. Максимальний ліміт відшкодування - 300 ЄВРО.

4.4.2. Особам, застрахованим за цією Програмою, Сервісна служба організує додаткові послуги, вартість яких сплачує Застрахована особа:

4.4.2.1. Правовий захист у разі дорожньо-транспортної пригоди за участю Застрахованої особи;

4.4.2.2. Організацію доставки Застрахованих осіб (водія та пасажирів) до місця призначення у країнах Європи або повернення в Україну;

4.4.2.3. Надання послуг іншого водія у випадку, якщо у Застрахованій особі раптово виникла нездатність керувати транспортним засобом з медичних показань.

#### **4.5. Програма «Срібна бізнес-картка».**

4.5.1. За Програмою «Срібна бізнес-картка» страхова сума встановлюється у розмірі 30 000 Євро. Термін страхування – 1 рік, при чому максимальний термін перебування Застрахованої особи (осіб) за кордоном складає 200 днів, максимальна тривалість 1 поїздки – 90 днів;

4.5.2. За цією Програмою додатково до витрат за програмою «С» (медико-адміністративні та юридичні послуги) відшкодовуються наступні витрати:

4.5.2.1. Грошова застава в суді, якщо Застрахована особа здійснила неспівомірне правопорушення та проти неї порушено кримінальну справу. Максимальний ліміт відшкодування - 3 000 Євро;

4.5.2.2. Витрати на поїздку особи для заміщення Застрахованої особи, якщо та не в змозі виконувати завдання по відрядженню внаслідок раптового захворювання чи нещасного випадку;

4.5.3. Особам, застрахованим за цією Програмою, Сервісна служба організовує додаткові послуги, вартість яких сплачує Застрахована особа: замовлення місць у готелі, оренда автомобіля, замовлення, придбання та переоформлення квитків та інші послуги на прохання Застрахованої особи.

#### **4.6. Програма «Золота бізнес-картка».**

За Програмою «Золота бізнес-картка» страхова сума встановлюється у розмірі 50 000 Євро. Термін страхування – 1 рік, при чому: максимальний термін перебування Застрахованої особи (осіб) за кордоном складає 200 днів, максимальна тривалість 1 поїздки – 90 днів.

За Програмою «Золота бізнес-картка» додатково до витрат за Програмою D (*медико-адміністративні та юридичні послуги, транспортний асистанс*) відшкодовуються витрати на послуги, вказані у п. 4.5.2 цих Загальних умов, та надаються послуги, зазначені у п. 4.5.3 цих Загальних умов.

#### **4.7. Категорія VIP.**

Послуги категорії VIP надаються лише Застрахованим особам, що є клієнтами туристичних

організацій або юридичних осіб, які мають VIP-сертифікат Страховика, на прохання цих організацій та юридичних осіб, та поширюється на Договори страхування зі страховою сумою 30 000 Євро та більше.

У випадку виникнення надзвичайних непередбачених подій, що потребують організації додаткових послуг Застрахованій особі за кордоном (замовлення місць у готелі, оренда автомобіля, замовлення, придбання та переоформлення квитків тощо), їх організовує Сервісна служба. Максимальний ліміт відшкодування Страховика за надані Застрахованій особі послуги - 200 Євро.

#### **4.8. Категорія «ВІЗА-ПОЛІС».**

Категорія «ВІЗА-ПОЛІС» використовується для Страхувальників (Застрахованих осіб), які на момент укладання Договору страхування ще не отримали візи до країни відвідування і точна дата початку їх подорожі невідома. В таких випадках початком страхування вважається очікувана дата отримання візи, тривалістю дії Договору страхування вважається очікуваний термін дії візи, а періодом дії страхового захисту - тривалість перебування у країні відвідування, дозволений цією візою. Розмір страхової суми встановлюється у відповідності до вимог посольства країни відвідування. Страхова премія сплачується за період дії страхового захисту. Страховий захист починається та закінчується згідно з п.6.6 цих Загальних умов.

4.9. Обрана програма страхування зазначається у розділі «Покриття» індивідуальної частини договору страхування.

#### **4.10. Додаткова програма «Скасування подорожі»**

За цією програмою Страховик компенсує понесені застрахованою особою витрати на подорож у зв'язку із неможливістю здійснити поїздку внаслідок раптової, непередбачуваної події, зазначеної у пункті 3.1.4. цього Договору, що може статися із Застрахованим або з його близькими родичами.

Термін дії цієї програми починається з моменту оплати страхової премії, але не раніше ніж за 30 днів до дати виїзду Страхувальника у закордонну туристичну поїздку за умови, що події, які стали передумовою скасування подорожі, відбулися після такої сплати і про їх настання Застрахованому заздалегідь нічого не було відомо.

Страховик компенсує витрати, які були сплачені до початку поїздки і які не підлягають поверненню організаторами туру. Відшкодування здійснюється в межах реально понесених і документально доведених витрат, але не більше страхової суми, та за мінусом 15% франшизи. При розгляді справи про виплату страхового відшкодування Страхувальник надає Страховику усі необхідні документи, для встановлення факту страхового випадку та визначення розміру збитків.

Також Страховик має право запросити:

- копії договорів організатора поїздки з авіаперевізниками або іншими транспортними організаціями, готелями, туристичними операторами, в яких вказується вартість та інші умови співробітництва сторін, що підтверджують збитки, понесені Застрахованою особою внаслідок відмови від поїздки;

- копії платіжних документів (включаючи квитанцію про оплату консульського збору), що підтверджують оплату організатором поїздки надання комплексу туристичних послуг;

- копію документа, що підтверджує бронювання туру, отриманого туристичним агентом від туристичного оператора;

- копію документа, що підтверджує анулювання туру, отриманого туристичним агентом від

## 5. ВИТРАТИ, ЯКІ НЕ ВІДШКОДУЄ СТРАХОВИК. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

5.1. Страховик не відшкодує Страхувальнику (Застрахованій особі) витрати:

5.1.1. Не передбачені Договором страхування та вибраною Програмою страхування;

5.1.2. Пов'язані з лікуванням, оперативним втручанням, придбанням медикаментів на усунення загострень хронічних захворювань, які існували на момент укладання Договору страхування, якщо вони не становлять загрози життю Застрахованої особи;

5.1.3. На проведення консультацій, обстежень та інших діагностичних заходів, лікування та операцій, які виходять за межі невідкладної медичної допомоги та можуть бути проведені в Україні або країні постійного проживання Застрахованої особи;

5.1.4. На проведення аорто-коронарного шунтування, стентування; пов'язані з гірською хворобою;

5.1.5. На медичну допомогу з приводу сонячних опіків, алергічних реакцій на сонячне випромінювання та інших змін шкіряного покрыву, що спричинені впливом ультрафіолетового опромінення;

5.1.6. На медичну допомогу з приводу лікування хвороб шкіри та підшкірної клітковини, що класифікуються МКХ – 10, як L-20 – L60 (включаючи, але не обмежуючись дерматитами,

туристичного оператора; та інші.

При надходженні письмової заяви від Страхувальника на виплату страхового відшкодування, та після отримання усіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку, Страховик протягом 30 календарних днів приймає рішення про виплату чи відмову у виплаті страхового відшкодування.

У випадку необхідності проведення додаткової перевірки обставин страхового випадку та/або розміру збитків, Страховик має право відстрочити прийняття рішення, але не більше, ніж на 60 календарних днів з моменту виникнення підстав для перевірки.

Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 15 банківських днів з моменту прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

При відмові у виплаті Страхового відшкодування Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 робочих днів після прийняття такого рішення.

Зазначена програма може бути добавлена до будь-якої програми і вважається укладеною із страховою сумою та страховим платежем, зазначеними у відповідному розділі індивідуальної частини договору страхування.

пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергічними контактними дерматитами), крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

5.1.7. На медичну допомогу з приводу алергічних реакцій та захворювань, за винятком набряку Квінке;

5.1.8. На поточні обстеження зору та слуху, лікування розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води);

5.1.9. На лікування туберкульозу;

5.1.10. На лікування нервових та психічних захворювань та їх наслідків;

5.1.11. На лікування епідемічних та пандемічних захворювань;

5.1.12. На лікування захворювань крові та кровотворних органів, імунodefіцитного стану;

5.1.13. На лікування та обстеження доброякісних та злоякісних новоутворень, у тому числі вперше виявлених;

5.1.14. На лікування СНІДу та його наслідків;

5.1.15. На лікування венеричних захворювань та захворювань, що передаються статевим шляхом;



5.1.16. На придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, інвалідних візків тощо);

5.1.17. На проведення абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання;

5.1.18. Пов'язані зі штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, запобіганням вагітності;

5.1.19. Пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності протягом трьох останніх місяців перед передбачуваною датою народження дитини, пологами та їх ускладненнями після 7-го місяця вагітності;

5.1.20. На протезування зубів та стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення причини гострого болю та ризику появи ускладнень;

5.1.21. На самолікування та(або) лікування захворювання чи травми, викликаних власними навмисними діями Застрахованої особи;

5.1.22. На відшкодування вартості ліків, придбаних без рецепта лікаря, та оплати профілактичних, вітамінних та загальнозміцнюючих препаратів;

5.1.23. На оплату послуг лікувальних закладів або осіб, які не мають відповідної ліцензії та відповідних дозволів на здійснення медичної діяльності у країні тимчасового перебування;

5.1.24. На лікування нетрадиційними методами;

5.1.25. На коригує, реабілітаційне лікування, лікування на курортах, у санаторіях, будинках відпочинку та інших курортних закладах, а також на фізіотерапію;

5.1.26. На водолікування, геліотерапію та косметичне лікування;

5.1.27. Пов'язані з лікарською помилкою, неправильними або недостатніми медичними маніпуляціями, що призвели до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи під час лікування (в т.ч., якщо погіршення стану здоров'я настало під час перебування в лікарсько-оздоровчому закладі внаслідок приймання призначених процедур);

5.1.28. Пов'язані з наданням додаткового комфорту (радіоприймача, телевізора тощо), а також послуг перукаря, косметолога, масажиста тощо;

5.1.29. На отримання медичних та медико-транспортних послуг особам, що перебувають за кордоном з метою планового лікування (в т.ч. під час перебування у санаторно-курортних

зкладах);

5.1.30. На послуги, обсяг яких перевищує необхідні для надання невідкладної допомоги;

5.1.31. На послуги, ціни на які за визначенням Сервісної компанії Страховика перевищують помірні чи обгрунтовані в певному регіоні;

5.1.32. На репатріацію особи чи лікування травм, пов'язаних з перельотом на літаку, що не входить до числа офіційно зареєстрованих або спеціальних рейсів, зареєстрованих у Міжнародному Реєстрі авіарейсів;

5.1.33. На медичну евакуацію (репатріацію) у випадках, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи у супроводі іншої особи може повернутися до країни постійного проживання;

5.1.34. На транспортування Застрахованої особи (у тому числі гелікоптером) без попереднього погодження зі Страховиком;

5.1.35. На лікування у державному лікувальному закладі, а також будь-які витрати у разі, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування;

5.1.36. На лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли медична репатріація є можливою за висновком лікаря, призначеного Сервісною компанією Страховика. При цьому витрати на медичну репатріацію Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком у повному обсязі;

5.1.37. На продовження лікування Застрахованої особи після її повернення в Україну;

5.1.38. Членів родини або компаньонів Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи (крім випадку, зазначеному в п.4.2.5 цих Загальних умов).

5.2. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

5.2.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, 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 або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

- 5.2.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 5.2.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 5.2.4. Несвоєчасне (понад 24 години після настання страхового випадку) повідомлення про це Страховика (його Сервісну службу) без поважних причин;

## 6. ДІЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1 Якщо Договір страхування укладається більше ніж на чотири особи, до нього додається список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною цього Договору.

**6.2 Договір страхування не укладається стосовно осіб віком до 6 місяців та осіб старших за 75 років. В окремих випадках, за згоди Страховика, договір страхування, стосовно таких осіб, може бути укладено за умови сплати страхового платежу в потрібному розмірі.**

6.3 Для категорій «Срібна бізнес-картка» та «Золота бізнес-картка» Договір страхування укладається на один рік, при цьому Страхувальнику видається необхідна кількість пластикових карток. При користуванні корпоративними (безіменними) картками не менше ніж за 3 робочих дні перед кожною поїздкою за кордон Страхувальник зобов'язаний письмово (факсом або електронною поштою) повідомити Страховика прізвище, ім'я та по батькові особи (осіб), що від'їжджає, номер її закордонного паспорту, країну перебування та термін перебування за кордоном.

6.4 Договір страхування діє у всіх країнах світу, за винятком України, країни постійного проживання Застрахованої особи, країни, громадянином якої вона є, зон збройних конфліктів та тих, які знаходяться під санкцією ООН.

Територія діє I – всі країни світу, крім Австралії, островів Тихого, Атлантичного, Індійського океанів, країн Північної та Південної Америки, Японії.

Територія дії II – всі країни світу.

Територія дії Договору страхування зазначається в Індивідуальних умовах Міжнародного договору страхування подорожуючих.

- 5.2.5. Невиконання або порушення вказівок Сервісної служби;
- 5.2.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором страхування;
- 5.2.7. Подання документів про страховий випадок після закінчення обумовленого Договором страхування терміну (30 календарних днів після повернення з закордонної поїздки);
- 5.2.8. Інші випадки, передбачені законодавством України.

6.5 Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної в ньому як дата початку дії Договору, за умови сплати страхового платежу в обумовлені Договором строки, за винятком випадків, визначених п. 4.8 цих Загальних умов.

6.6 Страховий захист починається з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю України при виїзді, але не раніше вказаної в Індивідуальній частині договору страхування дати початку дії Договору, та закінчується з моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю під час в'їзду в Україну, але не пізніше визначеної Договором страхування дати його закінчення.

**Для програми «Скасування подорожжя» термін дії страхового захисту починається з дати оплати страхового платежу, але не раніше ніж за 30 діб до дати виїзду Страхувальника у закордонну туристичну поїздку та закінчується в момент перетину кордону при виїзді з України.**

6.7. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:

- 6.7.1. Закінчення строку дії Договору;
- 6.7.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 6.7.3. Несплати Страхувальником страхових платежів відповідно до п. 7.3 цих Загальних умов;
- 6.7.4. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати їм дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України “Про страхування”;
- 6.7.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.7.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

6.7.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

6.8. Зміни і доповнення, про що укладається відповідна угода, або дострокове припинення Договору страхування відбувається за вимогою Страхувальника або Страховика.

6.9. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового платежу, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

## 7. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, ФРАНШИЗА

7.1. **СТРАХОВА СУМА** - грошова сума, в межах якої Страховик, згідно з умовами страхування, зобов'язаний організувати надання необхідної послуги при настанні страхового випадку або здійснити виплату. Страхова сума залежить від обраної програми страхування та додаткових ризиків і зазначається у розділі «Страхова сума на особу» в індивідуальній частині договору страхування.

7.2. **СТРАХОВИЙ ТАРИФ** – ставка страхового платежу, що визначається у відсотках від страхової суми. Залежить від вірогідності настання ризику і визначається у відсотках. Конкретна величина страхових тарифів в залежності від обраних ризиків зазначається в індивідуальній частині договору страхування.

7.3. **СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (ВНЕСОК, ПРЕМІЯ)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування. Розмір страхового платежу

6.10. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового платежу, фактичних виплат страхових відшкодувань, що були здійснені за цим Договором страхування.

6.11. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику оригінал цього Договору та всі отримані ним пластикові картки.

встановлюється в залежності від розміру страхової суми, строку страхування та інших умов Договору страхування і зазначається у розділі «страхова премія» Індивідуальної частини договору страхування.

7.3. Страхові платежі вносяться Страхувальником одноразово за весь строк страхування до дати, вказаної у Договорі як початок дії Договору страхування. Страхувальник сплачує страховий платіж Страховику або його представнику готівкою або безготівково відповідно до чинного законодавства України.

7.4. **ФРАНШИЗА** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком та зазначається в індивідуальній частині договору страхування. Для програми «Скасування подорожі» безумовна франшиза становить 15% від страхової суми

## 8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.1.1. На відшкодування витрат, визначених у Договорі страхування, відповідно до цих Загальних умов, за одержані медичні, юридичні та інші послуги;

8.1.2. Вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений Договором страхування. За несвоєчасну виплату

страхового відшкодування з вини Страховика Страхувальнику (Застрахованій особі) виплачується пеня за кожний день прострочення виплати, розмір якої визначений чинним законодавством України.

8.2. Страховик має право:

8.2.1. Перевіряти повідомлену Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;

8.2.2. Відмовити у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування) у випадках, передбачених пп.3.3, 5.1, 5.2 цих Загальних умов та чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.8.3 цих Умов;

8.2.3. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових або арбітражних органах, або перед заявниками претензій.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. Надати Страховику всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;

8.3.2. Своєчасно вносити страхові платежі;

8.3.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків внаслідок настання надзвичайних подій;

8.3.4. При настанні страхового випадку та надзвичайних подій діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 9 «Дії Сторін при настанні страхового випадку» цих Загальних умов;

8.3.5. Погоджувати зі Страховиком та(або) Сервісною компанією, телефони якої вказані у Договорі страхування, всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг у разі настання подій, обумовлених п. 3.1 цих Загальних умов;

8.3.6. Виконувати розпорядження та рекомендації Страховика та(або) його Сервісної компанії;

8.3.7. Надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;

## 9. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При настанні надзвичайних подій Застрахована особа (Страхувальник) або їх представник зобов'язані протягом 24 годин зв'язатись із Сервісною компанією за вказаними у Договорі страхування телефонами і повідомити таку інформацію:

9.1.1. Номер Договору страхування;

9.1.2. Прізвище та ім'я Застрахованої особи;

9.1.3. Місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;

9.1.4. Обставини події, що сталася, та характер необхідної допомоги.

8.3.8. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 24 годин з моменту його настання, якщо Страхувальник (Застрахована особа) не користувалася послугами Сервісної служби Страховика та оплачувала послуги самостійно.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. Ознайомити Страхувальника з цими Загальними умовами та Правилами страхування;

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

8.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) протягом 10 банківських днів з дня прийняття рішення про страхову виплату при умові отримання Страховиком усієї необхідної інформації та належним чином оформлених документів стосовно випадка. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається згідно з чинним законодавством України;

8.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення ним збитків;

8.4.5. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.

9.2. При настанні надзвичайних подій Застрахована особа або її представник повинні вжити всіх можливих заходів з метою запобігання або зменшення збитків.

9.3. У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних причин не зв'язалась із Сервісною компанією для отримання необхідної допомоги та вимушена самостійно оплатити вартість наданої їй невідкладної допомоги, вона повинна узгодити це із Страховиком. В іншому випадку Страховик діє відповідно до п 10.3 цих Загальних умов.

## 10. ПОРЯДОК ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ. ВІДМОВА У ВИПЛАТІ. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі невідкладних послуг за кордоном здійснюється Сервісною компанією, яка є закордонним представником Страховика. Розрахунки між Страховиком та Сервісною компанією за послуги, надані Застрахованій особі, здійснюються у порядку та терміни, передбачені договором між Страховиком та Сервісною компанією.

10.2. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг, але узгодила ці витрати із Страховиком чи Сервісною компанією, Страховик відшкодує обґрунтовані та документально підтвержені витрати після повернення Застрахованої особи з поїздки в межах страхової суми, визначеної Договором страхування. Страхова виплата (виплата страхового відшкодування) здійснюється у національній валюті України по курсу НБУ на дату здійснення оплати за кордоном.

10.3. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг, або скористалася послугами та без поважних причин не узгодила їх із Страховиком або з Сервісною компанією, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування чи відшкодує ці витрати після повернення Застрахованої особи з поїздки, але в розмірі не більше 100 ЄВРО, за умови обґрунтування та документального підтвердження цих витрат.

10.4. Для отримання страхового відшкодування Застрахована особа має право звертатися до Страховика протягом 30 календарних днів з моменту повернення з поїздки.

10.5. Для отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику:

10.5.1. Письмову заяву на відшкодування витрат за формою Страховика;

10.5.2. Оригінал Договору страхування;

10.5.3. Оригінали деталізованих рахунків на оплату вартості отриманих послуг;

10.5.4. Оригінали рецептів на придбання призначених ліків, де вказані прізвище лікаря, назва призначених ліків, їх вартість, завірені печаткою лікаря або медичного закладу;

10.5.5. Оригінали квитанцій (рахунків-фактур) про оплату одержаного лікування, де вказано прізвище пацієнта, діагноз, дані про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення;

10.5.6. Оригінали квитанцій (касових чеків), що підтверджують оплату рахунків та ліків, придбаних за рецептами лікаря;

10.5.7. Ксерокопії закордонного паспорту Застрахованої особи (проїзного документа дитини,

свідоцтва про народження, якщо Застрахована особа не досягла 16 років), громадянського паспорту, ідентифікаційного коду отримувача виплати.

10.6. Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 10 робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, перелічених у п. 10.5 цих Загальних умов.

10.7. Особи, Застраховані від нещасного випадку на підставі Правил-02, мають право на страхову виплату в разі настання нещасного випадку.

Страхова виплата залежно від характеру ушкодження здійснюється у розмірі певного відсотка від страхової суми, визначеного Додатком №3 до цих Правил.

10.8. Для одержання страхової виплати Застрахована особа або її правонаступники повинні додатково до документів, вказаних у п. 10.5 цих Загальних умов, надати Страховику такі документи:

10.8.1. Акт про нещасний випадок або документи з лікувально-профілактичного закладу з підтвердженням факту отримання травми;

10.8.2. Висновок лікувального закладу про встановлений діагноз;

10.8.3. Довідку про встановлення групи інвалідності (при додатковій виплаті після встановлення Застрахованій особі групи інвалідності);

10.8.4. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

10.8.5. Документ про правонаступництво (у разі смерті Застрахованої особи).

10.9. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком протягом 10 робочих днів з дня отримання підтвердження достовірності всіх наданих документів, визначених п. 10.8 цих Загальних умов.

10.10. Виплата страхового відшкодування (страхова виплата) здійснюється Страховиком протягом 10-ти банківських днів з дня прийняття рішення про виплату.

10.11. Відмову Страховика у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування) може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

10.12. Суперечності, які виникли між сторонами, вирішуються шляхом переговорів.

10.13. Питання, за якими сторони не досягли домовленості, вирішуються згідно з чинним законодавством України.

*The insurance cover is valid in all countries of the world, apart from Ukraine and the country of permanent residence.  
Refer to the assisting company “CORIS” on all issues concerning the terms of insurance policy, as well as conditions of insurance, providing medical and other services.*

#### 4. WHAT IS REIMBURSED BY THE INSURER

Under insurance conditions the Insurer reimburses the following expenses on condition they are agreed with the assisting company, or the Insurer:

##### **4.1. First aid services (Program A), as a result of deterioration of the Insured Person's health, threatening their life and health, caused by a sudden disease or accident:**

4.1.1. Providing first aid in medical treatment facilities, including:

- medications;
- diagnostic and treatment procedures (including emergency medical operations) as well as utilization of any required medical equipment;
- hospital accommodation (including intensive care wards);
- food for in-patient treatment, in accordance with standards of a given medical facility.

The Insurer has right to pay for treatment of the Insured Person abroad up to the medical limit, specified in the Policy, until the state of a sick person shall allow their transportation to Ukraine for further treatment.

4.1.2. First aid (including emergency situations);

4.1.3. Medical transportation:

- transportation of the Insured Person by ambulance to the nearest physician or hospital;
- medical evacuation from abroad to the place of permanent residence, including expenses on the escorting person, on condition the escort certificate is provided (this necessity shall be certified by corresponding documents);

If repatriation takes place, the unused ticket is given back to the Insurer.

4.1.4. Upon posthumous repatriation the Insurer reimburses expenses on all necessary after-death procedures. Funerals abroad are paid within the limits of the insured sum;

4.1.5. Telecommunications (services of connection when the insured event occurs or in emergency situation).

##### **4.2. Medical -administrative services (Program B):**

In addition to Program “A”, the following expenses connected with the insured event are reimbursed:

4.2.1. First out-patient care in a medical treatment facility or by a certified physician (consultations, medical services, diagnostics, medications, bandaging material, necessary).

4.2.2. Medications for emergency treatment or acute state killing, purchased under the physician's prescription, are reimbursed on the basis of produced prescription and confirmation of payment;

*Attention! Expenses on treatment of catarrhal and infectious diseases are reimbursed only in case they are life-threatening for the Insured Person.*

4.2.3. Dental first aid in the amount of 150 EURO;

4.2.4. Delivery first aid till 7th month of pregnancy;

4.2.5. If the Insured Person stays in a medical facility for more than 10 days, third-class tickets and accommodation for third person (no more than four days, in the amount, not exceeding 50 EURO per night) are reimbursed. These expenses are reimbursed, if this visit is agreed with the Insurer;

4.2.6. The Insured Person stays abroad longer in case of unexpected disease or accident - upon the physician's prescription, the departure shall be planned for later time (accommodation for no more than four days, not exceeding 50 EURO per night, is reimbursed);

4.2.7. If necessary, evacuation of the Insured Person's children, aged under 14, if the Insured Person fell ill or died. The Insurer has right to use their return tickets;

4.2.8. Buying articles of prime necessity, if the baggage belonging to the Insured Person was delayed for more than 3 hours (in the amount up to 100 EURO);

4.2.9. Providing help in changing the Insured Person's personal documents, if lost or stolen (up to 200 Euro is reimbursed);

4.2.10. Expenses suffered by the Insured Person, in case their sports equipment, rented in a recreation place, is broken (up to 200 EURO).

##### **4.3. Legal services (Program C):**

In addition to Program “B”, the following expenses related to the insured event are reimbursed:

4.3.1. Deportation of the Insured Person from the country of visit. Expenses on deportation in the amount of up to 1 000 EURO are reimbursed.

4.3.2. To reimburse expenses, related to losses incurred by the Insured Person to another person, or their property, if it is stated in the Insurance Policy, and the Insured paid additional insurance payment. An event is recognized the insured one only from the Assured's (Insured Person) liability to reimburse damage or losses under voluntary three-party agreement of the Assured (Insured Person), the injured party and the Insurer, or by court judgment, obliging the Assured (Insured Person) to reimburse damage or loss. The liability limit under this point is set separately in the Insurance Policy.

4.3.3. The service center provides the Insured Person with additional services which the Insured Person pays at his/her own expense:

4.3.3.1. Providing assistance in starting on defense of Insured Person's rights;

4.3.3.2. Lawyer's services in administrative proceedings on behalf or against the Insured Person. Exceptions: tax, labor, criminal legislation.

#### **4.4. Motor assistance (Program D):**

In addition to Program "C", the expenses connected with the insured event, related to car accident, breakdown, theft of the car, the Insured Person travels by, in connection with:

4.4.1. Transportation of the Insured persons - a driver and passengers - to the nearest service station (up to 300 Euro);

4.4.2. The service center provides the insured person with additional services which the Insured Person pays at his/her own expense:

4.4.2.1. Legal defense in case of a traffic accident with the Insured Person;

4.4.2.2. Transportation of the Insured Persons (a driver and passengers) to the destination in EU-countries or returning to Ukraine;

4.4.2.3. Providing for services of another driver, if the Insured Person is unable to drive a car under medical prescriptions.

#### **4.5. Under the Program "Silver Business Card":**

4.5.1. Under the Program "Silver Card" the insurance cover lasts 1 year. Maximum duration of one travel is 90 days. Maximum stay abroad - 200 days within one year. The insured amount - 30 000 Euro.

4.5.2. Under the Program "Silver Card" (the insured sum - 30 000 Euro), in addition to the Program "C", the following expenses are reimbursed:

4.5.2.1.a deposit in court (up to 3 000 Euro) if the Insured Person committed an unconscious crime and the criminal case was initiated;

4.5.2.2. travel expenses for the person to substitute the Insured Person if, as a result of unexpected disease or accident, they are unable to fulfill the task given;

#### **5.1. The Insurer shall not reimburse the expenses:**

5.1.1. Expenses, not covered by the Insurance Policy;

5.1.2. Related to chronic diseases (treatment, operations, medications) and consequences of such diseases, existing at the moment of concluding the insurance policy, except for liquidation of mortal;

5.1.3. On consultations, examinations and other diagnostic measures, treatment and operations that exceed first aid and can be provided in Ukraine or the country of the Insured Person's residence;

4.5.3. Under the Program "Silver Card", the service center provides the Insured Person with additional services of reserving rooms in a hotel, car rent, booking, buying and rebooking tickets, and other services, which the Insured Person pays at his/her own expense.

#### **4.6. The program "Golden Business Card"**

Under the Program "Golden Business Card" the insurance cover lasts 1 year. Maximum duration of one travel is 90 days/ Maximum stay abroad – 200 days within one year.

Upon the program "Golden Business Card", in addition to Program D (medical, juridical, transport assistance) repay, expenses, referring in point 4.5.2 of these special conditions, and services provide in accordance with point 4.5.3 of these special conditions.

#### **4.7. VIP.**

VIP services are provided only to Insured Persons - clients of travel agencies or juridical persons, having the VIP Insurer Certificate, upon the request of these organizations and juridical persons.

VIP status is valid only for the insurance policies with the insured sum of 30 000 Euro, or more.

In case of emergency, requiring additional services to the Insured Person, during their travel abroad, the service center provides additional services - reservation of rooms in a hotel, car rent, booking, buying and rebooking tickets and other services. The services provided (in the amount of up to 200 Euro) are paid by the Insurer.

#### **4.8. "VISA-POLICY"**

"VISA-POLICY" is used for the Assureds (Insured Persons), who, at the moment of concluding an insurance policy, have not received their visas to the country of visit and have no precise date of their departure.

In such cases the insurance cover starts on the expected date of getting a visa, the insurance policy duration is the expected terms of visa validity, and insurance cover lasts during their stay in the country of visit allowed by this visa. The amount of the insured sum is established in accordance with the requirements of the country of visit. The insurance premium is paid for a period of insurance cover. The insurance cover starts and ends in accordance with point 6.8 of these Special Conditions

5.1.4. On aorta-coronal by passing;

5.1.5. On medical treatment against solar burns, allergy to solar radiation;

5.1.6. On medical treatment the skin of illness and hypoderm that is classified MKKH-10, L20-L60 (including dermatitises, allergy dermatitises pin), except for liquidation of mortal danger the Insured Person;

5.1.7. On medical treatment against allergy and diseases, except the edema Kvinke;

5.1.8. On current eyesight and hearing examination;

## **5. WHAT IS NOT REIMBURSED**

5.1.9. Cure the tuberculosis;

5.1.10. On treatment against nervous and psychiatric diseases and its consequences;

5.1.11. On treatment epidemic and pandemic diseases;

5.1.12. On treatment diseases of blood and immune deficiency;

5.1.13. On treatment against oncological diseases;

5.1.14. Related to AIDS treatment and its consequences;

5.1.15. Connected with the treatment against sexually transmitted diseases;

5.1.16. On purchase and repair of the additional facilities (glasses, contact lenses, hearing aids, prosthetic device and the like) if it was not caused by the trauma in an accident during the period of insurance;

5.1.17. On abortion, except for cases when abortion was necessary, as a result of an accident or unexpected disease;

5.1.18. Related to artificial insemination, treatment of infertility, expenses on pregnancy prevention;

5.1.19. Expenses connected with pregnancy, delivery and complications after the 7th month of pregnancy;

5.1.20. On denture treatment and dental aid, exceeding the required aid for getting rid of acute pain and risk of complications;

5.1.21. On self-treatment and cure diseases or maims resulted from international actions;

5.1.22. Medications bought without physician's prescription and phylactic medicines, vitamins and systemic medications;

5.1.23. On providing services by a medical treatment facility or a person with no corresponding license;

5.1.24. On alternative medicine;

5.1.25. On rehabilitation and physiotherapy;

5.1.26. On hydrotherapy, heliotherapy and cosmetic treatment;

5.1.27. Diseases resulted from doctor's mistake, lead to aggravation the Insured Person;

5.1.28. Related to additional comfort, that is: a radio or a TV-set, as well as the hairdresser's or cosmetologist's services, and the like;

5.1.29. Medical and medical transport services from the Insured Person, who is abroad for planned treatment;

5.1.30. An Emergency medicine enough and to spare;

5.1.31. The wastes exceed on the services, in Insurer's service company book, moderate and grounded prices in a certain region;

5.1.32. Repatriation or treatment of the accidents, concerned with aviation on the airplane, which doesn't register in the international register of flights;

5.1.33. Repatriation in case when Insured Person can singly or accompanied return to the country of the permanent dwelling;

5.1.34. Transporting the Insured Person from one hospital to other without previous concordance with the Insurer;

5.1.35. On treatment in a state medical facility, as well as any expenses, in case the Insured Person has right on free medical services;

5.1.36. Treatment on the territory of country of sojourn offer a doctor, when can be medical repatriation, according to the conclusion of doctor, the Insurer's services company appointed. In this case, the Insurer's compensates all expenses on medical repatriation;

5.1.37. Continuation of the treatment after coming back from the traveling abroad;

5.1.38. Expenses of the Insured Person's relatives or partners during hospitalization of the Insured Person (except for the case, stated in point 4.2.5 of these Special Conditions).

**5.2. The Insurer can refuse to pay reimbursement on the basis of:**

5.2.1. Deliberate acts of the Assured or the Person, on behalf of who the Insurance Policy is concluded, directed to the occurrence of the insured event. The above mentioned norm shall not spread on the actions, connected with performing official duties, in the state of necessary military defense (without exceeding measures) or defense of property, life, health, honor, respect and business reputation. The actions of the Assured or the Person, on behalf of who the Insurance Policy is concluded, are qualified in accordance with the applicable legislation of Ukraine;

5.2.2. Committing by the Assured or another person, on behalf of who the Insurance Policy is concluded, an intentional crime, that caused the insured event;

5.2.3. Providing consciously untrue data about the insurance object or about occurrence of the insured event;

5.2.4. Out-of-sequence message (more than 24 hours) to the Insurer or to the Insurer's service company without good cause;

5.2.5. In observance or non-observance the Insurer's service company instructions;

5.2.6. Failure to perform the Insured Person a treaty obligations;

5.2.7. Insurance accident document delivery is after completion of the insurance due to agreement with time (30 c-day after coming back from abroad);

5.2.8. Other cases, provided by the legislation of Ukraine.