

ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО ТУРИСТИЧНОГО СТРАХУВАННЯ COMPLEX TRAVEL INSURANCE AGREEMENT

ЧАСТИНА 1
PART 1

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ
GENERAL INSURANCE CONDITIONS

Частина 2 Договору додається
Part II of the Agreement

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Страховик укладає із Страхувальником цей договір страхування (далі по тексту - Договір) відповідно до передбачених цим Договором умов на час подорожі Страхувальника/Застрахованої особи за кордон на випадок настання нещасного випадку, раптового захворювання, пошкодження багажу та настання відповідальності за здійснення інших, обумовлених Договором, витрат під час подорожі.

Страховик: Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Українська страхова група» (скорочено: ПАТ «СК «УСГ»).

Страховик діє на підставі Ліцензій № 500316 Серія АВ від 13.01.2010 р., № 500326 Серія АВ від 13.01.2010 р., № 500327 Серія АВ від 13.01.2010 р., № 500313 Серія АВ від 13.01.2010 р. та «Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, повітряного, водного транспорту (виключаючи відповідальність перевізника)), зареєстрованих Держфінпослуг України за № 1550767 від 26.08.2005 р., «Правил добровільного страхування медичних витрат», зареєстрованих Держфінпослуг України за № 2150770 від 26.08.2005 р., «Програми страхування медичних та інших витрат під час перебування за кордоном», зареєстрованої Держфінпослуг України за № 2150772 від 26.08.2005 р., «Правил добровільного страхування від нещасних випадків», зареєстрованих Держфінпослуг України за № 0261840 від 22.06.2006 р., та «Правил добровільного страхування вантажів, багажу та вантажобагажу», зареєстрованих Держфінпослуг України за № 0961811 від 22.06.2006 р.

Страхувальник: юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

Застрахована особа: фізична особа, про страхування медичних та інших витрат за кордоном якої (на користь якої) укладений цей Договір.

Цей Договір може укладатися, як на користь Страхувальника, так і на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) за згодою цих осіб. Якщо Страхувальник уклав договір відносно себе, то він одночасно і є Застрахованою особою. У разі, якщо цей Договір укладений на користь Застрахованої особи, на неї поширюються права та обов'язки Страхувальника згідно цього Договору.

Асистанс (Асистанська компанія) – служба, яка представляє інтереси Страховика в Україні та за її межами, до якої має звертатися Застрахована особа у разі раптового

захворювання, нещасного випадку або будь-якої іншої раптової непередбаченої події під час перебування за кордоном. Асистанс координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають допомогу або послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку.

Заняття спортом - будь-які дії Страхувальника (Застрахованої особи), пов'язані з підвищеним ризиком настання страхової події, у зв'язку з використанням механічних, транспортних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі, пересування на тваринах. В межах даного пункту не вважається заняттям спортом:

- пересування в пасажирському транспортному засобі в якості пасажира при наявності квитка або іншого документа, що підтверджує оплату проїзду;
- пересування на транспортних засобах, що можуть згідно законодавства країни перебування бути надані в керування особам з посвідченням водія категорії А1, В, ВЕ виданим в Україні, в межах вулиць і доріг міст та інших населених пунктів, автомобільних доріг загального користування;
- керування транспортними засобами, що можуть згідно законодавства країни перебування бути надані в керування особам з посвідченням водія категорії С1, С, С1Е, СЕ, D1, D, D1Е, DE виданим в Україні, в рамках виконання службових обов'язків в межах вулиць і доріг міст та інших населених пунктів, автомобільних доріг загального користування;
- пересування на велосипеді в межах вулиць і доріг міст та інших населених пунктів, що мають велосипедні доріжки або дозволені для використання велосипедистами;

Аматорський спорт - непрофесійне заняття видами спорту, що не несуть підвищеного ризику для життя та здоров'я, наприклад, ігрові види спорту (футбол, баскетбол, волейбол, теніс, бадмінтон та ін.), водне поло, катання на педальних катамаранах, парасейлінг, пересування на транспортних засобах, що можуть згідно законодавства країни перебування бути надані в керування особам з посвідченням водія категорії В1 виданим в Україні, в межах вулиць і доріг міст та інших населених пунктів, автомобільних доріг загального користування;

Професійний спорт – заняття спортом з метою отримання прибутку або участі в змаганнях.

Екстремальні види спорту – види спорту, що несуть підвищену небезпеку для життя та здоров'я Застрахованої особи включаючи, але не обмежуючись заняття альпінізмом, скелелазінням, спелеотуризмом, планеризмом, стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння»,

верховою їздою, кінним спортом, катанням на тваринах, фрістайл-акробатикою, дайвінгом, підводними видами спорту чи розваг; мото- та автоспортом, а також іншими видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин, контактними видами спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, рукопашний бій, традиційне карате, кікбоксінг, бокс, дзюдо, боротьба самбо тощо), хокеєм з шайбою, важкою атлетикою, спортивною гімнастикою, багатоборством, регбі, американським футболом, бобслеєм, водним туризмом, слаломом, художньою гімнастикою, легкою атлетикою, стрільбою з лука, стендовою та кульовою стрільбою, фехтуванням, всіма видами серфінгу, вітрильним спортом, акробатикою, флайбордингом, стрибками на батуті, пересуванням на сел'веї, паркурром, пейнтболом, страйкболом, велосипедним спортом (участь у будь-яких змаганнях та гонках з велоспорту; заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, ВМХ, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу та мотокросу); пересування на мотоциклі або іншому двоколісному транспортному засобі, що має двигун з робочим об'ємом 50 куб. сантиметрів і більше або електродвигун потужністю 4 кВт і більше; пересування на будь-яких транспортних засобах поза межами вулиць і доріг міст та інших населених пунктів, автомобільних доріг загального користування.

Зимові види спорту – лижний спорт, катання на сноуборді, катання на ковзанах;

Треті особи – фізичні та/або юридичні особи, які відповідно до чинного законодавства мають право на провадження своєї діяльності: медичні заклади, транспортні компанії тощо, які надають платні послуги Застрахованій особі у разі раптового захворювання, нещасного випадку або іншої раптової непередбаченої події під час перебування за кордоном.

Цей Договір складається з двох невід'ємних частин: Частина 1 „Загальні умови страхування” та Частина 2 „Специфікація”.

Цей Договір, враховуючи потреби осіб, що подорожують за кордоном, є комплексним і містить в собі наступні види страхування (страхового покриття):

Основне покриття:

- страхування непередбачених медичних та інших витрат, включаючи на вибір програми А, В, С, D.

Додаткове покриття (опції на вибір Страхувальника):

- добровільне страхування від нещасних випадків;
- добровільне страхування багажу.

УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ ЗА КОРДОНОМ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з необхідністю здійснення витрат Страхувальником (Застрахованою особою) за надані цій особі медичні та інші послуги, під час перебування за кордоном в разі раптового захворювання, нещасного випадку, або іншої непередбаченої події, обумовленої цим Договором.

За цим Договором Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) Страхувальнику (Застрахованій особі) на оплату вартості медико-санітарної та іншої допомоги, пов'язаної із страховим випадком, певного переліку, якості і в обсязі вибраної Страхувальником програми страхування, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначені Договором строки в повному обсязі та виконувати інші умови Договору.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховими ризиками визнаються події, що мають ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме: раптове захворювання, нещасний випадок або інші раптові непередбачені події з Застрахованою особою, обумовлені даним Договором, під час перебування за кордоном, внаслідок настання яких виникає об'єктивна необхідність надання цій особі медичних та/або інших послуг, обумовлених даним Договором.

2.2. Страховим випадком є подія, передбачена даним Договором, яка відбулась під час дії даного Договору і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі, Асистансу або Третій особі шляхом відшкодування витрат за наданою допомогою та/або послуги, передбачені Договором.

2.2.1. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне пошкодження, випадкове гостре отруєння тощо) Застрахованої особи або її смерть.

2.2.2. **Раптове захворювання** – гостре (різке) погіршення стану здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою, що становить загрозу здоров'ю Застрахованої особи і потребує невідкладної медичної допомоги.

2.2.3. **Невідкладна медична допомога** – організація та оплата медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін в організмі.

3. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЮТЬСЯ СТРАХОВИКОМ (ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ВИТРАТ)

3.1. Програма А (ТУРИСТИЧНА)

За цією Програмою Страховик здійснює страхові виплати на оплату таких послуг, наданих Застрахованій особі:

3.1.1. Невідкладна амбулаторна допомога в медичному закладі або дипломованим/ліцензованим лікарем (консультації; медикаменти; перев'язувальні матеріали і засоби фіксації в межах ліміту 200,00 доларів США або Євро залежно від валюти страхової суми);

3.1.2. Невідкладне стаціонарне лікування в медичних закладах (вважається таким, що відбулося протягом 24 годин після його рекомендації лікарем медичного закладу або невідкладної допомоги) (госпіталізація), включаючи консультації, діагностику, лікування, оплату призначених лікарем медикаментів, перебування в палатах (в т.ч. реанімаційних), харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі. Страховик має право оплачувати стаціонарне лікування Застрахованої особи за кордоном у межах страхової суми (ліміту) за Договором до тих пір, поки стан здоров'я Застрахованої особи за медичними показниками не дозволить перевезти її в Україну для продовження лікування. Страховик не відшкодовує витрати на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання з-за кордону;

3.1.3. Проведення невідкладних оперативних втручань, включаючи витрати на необхідні медикаменти, що призначені лікарем, перев'язувальні матеріали і засоби фіксації (гіпсові пов'язки, лангети);

3.1.4. Невідкладна стоматологічна допомога, пов'язана з травмами, отриманими внаслідок нещасного випадку, та гострим зубним болем - на суму до 150 доларів США або Євро;

3.1.5. Невідкладна пологова допомога (до 7-го місяця вагітності);

3.1.6. Ліки, придбані за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу рахунку – на суму до 100 доларів США або Євро;

3.1.7. Надання швидкої медичної допомоги (в тому числі, на місці виникнення надзвичайних обставин);

3.1.8. Медичні перевезення Застрахованої особи:

- транспортування машиною швидкої допомоги до найближчого лікувального закладу або лікаря, який знаходиться поблизу;
- медична евакуація, включаючи витрати на особу, що супроводжує постраждалу Застраховану особу при наявності медичних показань щодо необхідності супроводу (підтверджується відповідними документами) із-за кордону до місця постійного

проживання на території України.

Медична евакуація Застрахованої особи здійснюється лише за погодженням із Асстансом або Страховиком. Якщо лікарі, уповноважені Асстансом, вважають, що евакуація Застрахованої особи можлива, а ця особа відмовляється від неї, Страховик негайно припиняє оплату послуг з лікування Застрахованої особи.

3.1.9. Репатріація тіла Застрахованої особи, у разі її смерті в результаті нещасного випадку або раптового захворювання. При цьому, Страховик відшкодовує витрати на розтин тіла, труну, необхідну для міжнародного перевезення, та перевезення останків до аеропорту, найбільш близького до місця поховання в Україні. Невикористаний зворотній квиток Застрахованої особи здається Страховику.

3.1.10. Телекомунікацію (послуги зв'язку при настанні страхового випадку або екстремальної ситуації) у необхідному в конкретному випадку обсязі телефонії для зв'язку з Асстансом.

3.2. Програма В (БІЗНЕС)

Додатково до витрат, що відшкодовуються за Програмою «А» відшкодовуються також витрати на:

3.2.1. Переоформлення проїзного документа для дострокового повернення Застрахованої особи в Україну у випадку раптового тяжкого захворювання або смерті близького родича Застрахованої особи (відшкодовується вартість авіаквитка в економічному класі або залізничного квитка (плацкарт/купе) або вартість проїзду автобусом).

3.2.2. Візит одного з близьких родичів Застрахованої особи, коли тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі в критичному стані перевищує 10 днів (відшкодовується вартість квитків в економічному класі в обидва кінці та проживання в готелі не більше, ніж 4 доби, вартістю не більше 50 доларів США або Євро за добу). Витрати на харчування та інші витрати цієї особи не покриваються. Візит особи відбувається лише за погодженням із Асстансом. Критичність стану Застрахованої особи визначається уповноваженим лікарем Асстанса. Вид транспортного засобу для проїзду особи (в обидва боки), термін відвідування та готель проживання визначаються Асстансом або Страховиком.

3.2.3. Продовження перебування Застрахованої особи за кордоном, якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку виїзд має бути організований в більш пізній строк, якщо це призначає лікар (відшкодовується вартість проживання в готелі не більше, ніж 4 доби, вартістю не більше 50 доларів США або Євро за добу). Страховик залишає за собою право використати невикористаний зворотній квиток Застрахованої особи.

3.2.4. Евакуацію дітей Застрахованої особи віком до 14 років, які залишились без нагляду,

в разі тяжкої хвороби або смерті Застрахованої особи. Вид транспортного засобу для проїзду дитини визначається Асистансом. Страховик залишає за собою право використати невикористані зворотні квитки Застрахованої особи.

3.3. Програма С (ПРЕСТИЖ)

Додатково до витрат, що відшкодовуються за Програмами «А» та «В» відшкодовуються витрати на:

3.3.1. Організацію пошуку та повернення загубленого зареєстрованого транспортним перевізником багажу. Страховик не здійснює страхове відшкодування, якщо Застрахованою особою про факт втрати багажу не було заявлено правоохоронним органам або транспортному перевізнику протягом 24 годин з моменту виявлення пропажі.

3.3.2. Організацію передачі термінових повідомлень.

3.3.3. Надання можливості зв'язатися з адвокатом;

3.3.4. Надання допомоги при порушенні справи по захисту прав Застрахованої особи;

3.3.5. Організацію послуг адвоката (без оплати самих послуг) в адміністративних процесах (крім випадків порушення податкового, трудового, кримінального законодавства).

3.3.6. Надання допомоги при заміні документів при їх загубленні або викрадені (до 200 доларів США або євро).

3.4. Програма D (ПРЕСТИЖ АВТО)

Додатково до витрат, що відшкодовуються за Програмами «А», «В» та «С» відшкодовуються витрати на:

3.4.1. Організацію доставки Застрахованої особи до місця призначення, тільки у країнах Європи, у випадку неможливості експлуатації автомобіля Застрахованої особи внаслідок його поломки або аварії, або у випадку неможливості керувати Застрахованою особою-водієм автомобілем за медичними показаннями під час перебування за межами України.

3.4.2. Надання та оплати послуг іншого водія у разі раптового захворювання Застрахованої особи - водія, або у разі розкладу її здоров'я внаслідок нещасного випадку.

4. ВИТРАТИ, ЯКІ НЕ ВІДШКОДУЮТЬСЯ СТРАХОВИКОМ

4.1. Страховик не здійснює відшкодування витрат за надані послуги у випадках:

4.1.1. Відмови Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Асистансом, з приводу настання страхового випадку, невиконання призначень лікаря та приписів медичного персоналу, недотримання лікувального режиму та внутрішнього розпорядку лікувального закладу, усіх рекомендацій Асистансу;

4.1.2. Якщо Застрахована особа, або особа, що представляє її інтереси, не повідомила Асистанса, або повідомила несвоєчасно (згідно п. 5.3 цього Договору) про страховий випадок та про понесені нею особисто витрати та не погодила ці витрати з Асистансом.

4.1.3. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про підвищену ступінь страхового ризику;

4.1.4. Евакуації або транспортування з одного лікувального закладу до іншого не Асистансом (або без попереднього погодження з Асистансом).

4.1.5. Якщо у діях Застрахованої особи, які стали причиною нанесення шкоди здоров'ю, слідчими органами або судом встановлені ознаки навмисного злочину або хуліганства, які стали причиною адміністративної чи кримінальної відповідальності;

4.1.6. Якщо причиною страхового випадку стало заняття спортом (професійним, аматорським чи зимовим), робота по найму, навчання, якщо вік Застрахованої особи перевищує 60 років, крім випадків сплати підвищеного страхового платежу, про що має бути спеціальна позначка у Договорі;

4.1.7. Травмування або захворювання Застрахованої особи внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, яка сталася під час керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом з двигуном внутрішнього згорання або електродвигуном чи без нього знаходячись під дією алкоголю, наркотичних (психотропних) або токсичних речовин, або не маючи відповідного посвідчення водія. Ті самі наслідки для Застрахованої особи, якщо вона передала керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилась під дією алкоголю, наркотичних (психотропних) або токсичних речовин, або не мала відповідного посвідчення водія.

4.1.8. Самогубства, або спроби самогубства Застрахованої особи, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень, незалежно від психічного стану.

4.1.9. Нанесення шкоди здоров'ю Застрахованої особи, пов'язане зі стихійними лихами, терористичними діями інших осіб, військовими діями, безладдями в країні перебування, дією радіації або будь-якою дією атомної енергії.

4.1.10. Якщо необхідність надання медичної допомоги виникла внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних (психотропних) або токсичних речовин, не призначених лікарем.

4.1.11. Якщо витрати пов'язані з вагітністю, пологами або перериванням вагітності, за виключенням випадків, коли це викликано раптовим захворюванням або нещасним випадком, який настав під час дії Договору;

4.1.12. Якщо витрати пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, їх загостренням, або ускладненнями, якщо цими хворобами Застрахована особа хворіла ще до укладення Договору (включаючи стоматологічні захворювання), крім випадків надання допомоги, необхідної для усунення загрози життю Застрахованої особи та зняття гострого болю.

4.1.13. Якщо наявність (в т.ч. факт настання) страхового випадку не підтверджується відповідними документами.

- 4.1.14. Якщо витрати пов'язані з патологічними переломами кісток через вроджені, або набуті до початку дії даного Договору фізичними вадами чи хронічними захворюваннями, витрати, пов'язані з лікуванням та діагностикою вроджених захворювань чи їх наслідків.
- 4.1.15. Протезування зубів та їх лікування, крім необхідної невідкладної стоматологічної допомоги по усуненню болю в рамках ліміту витрат, зазначеного у відповідній вибраній програмі страхування.
- 4.1.16. Купівлі, ремонту або оплати прокату допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, різного роду протезів, милиць, колясок тощо).
- 4.1.17. Придбання не призначених лікарем ліків та медичних засобів.
- 4.1.18. Якщо витрати пов'язані з діагностикою та лікуванням хвороб, які передаються статевим шляхом, СНІДом, ВІЛ-інфекцією.
- 4.1.19. Якщо лікування здійснювалось нетрадиційними методами, або лікувальним закладом чи особою, які не мають відповідної ліцензії (диплому).
- 4.1.20. Якщо витрати пов'язані з реабілітацією та фізіотерапією.
- 4.1.21. Якщо витрати пов'язані із наданням додаткового комфорту, не пов'язаного з процесом лікування.
- 4.1.22. Термічних опіків 1-го ступеню.
- 4.1.23. Коли подія та її наслідки виникли поза межами території дії договору та/або поза строком дії Договору;
- 4.1.24. Епілепсії (окрім невідкладної медичної допомоги);
- 4.1.25. Якщо витрати пов'язані із захворюваннями та станами шкіри та її придатків будь-якої етіології (псоріазу, екземи, atopічного дерматиту, aloпеції, дисгідрозу, вугрової хвороби, акне, вітіліго, розацеа, себореї та інш.), окрім первинної консультації дерматолога;
- 4.1.26. Якщо витрати пов'язані із штучним заплідненням, лікуванням безпліддя; із супроводом вагітності та пологів, діагностикою та лікуванням ускладнень вагітності, пологів, післяпологового стану (за виключенням невідкладної медичної допомоги, в тому числі допомоги при позаматковій вагітності), проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому; сидячи та інше); операції зі штучного переривання вагітності, вакуум-регуляції, за виключенням переривання вагітності за медичними показниками та позаматкової вагітності.
- 4.1.27. Якщо витрати пов'язані із пластичними, реконструктивними (в т.ч. стентування та шунтування), коригуючими та косметичними операціями; трансплантацією органів чи тканин, пересадкою кісткового мозку.
- 4.1.28. Якщо витрати пов'язані з використанням лазерних технологій лікування і корекції.
- 4.1.29. Якщо витрати пов'язані із алергічними захворюваннями та станами (вазомоторного риніту, сенної лихоманки, кропив'янки, бронхіальної астми, астми

та інш.), окрім надання невідкладної медичної допомоги.

4.1.30. Якщо витрати пов'язані із новоутворенням (доброякісним і злоякісним) будь-якої локалізації;

4.1.31. Якщо витрати пов'язані з діагностикою та лікуванням туберкульозу, цукрового діабету, ендокринних та професійних захворювань.

4.1.32. Якщо витрати пов'язані з придбанням, встановленням або заміною імплантів, пластин, допоміжних медичних приладів, які використовуються при коригуючих, реконструктивних та пластичних операціях;

4.1.33. Якщо витрати пов'язані з необхідністю отримання медичної допомоги Застрахованою особою, яка виникла внаслідок епідемії (крім епідемії грипу) та трансмісивних інфекцій, окрім надання невідкладної медичної допомоги;

4.1.34. Якщо витрати пов'язані з захворюваннями за кодами F00-F99 МКХ10 та: демієлінізуючими захворюваннями, розсіяним склерозом, дистрофічно-дегенеративними захворюваннями нервової системи, шизофренією, розладом особистості, порушенням сну, епілепсією (крім надання невідкладної медичної допомоги), психологічними проблемами (психопатіями, неврозами, порушеннями мовлення); зверненнями до: логопеда, психолога, психоаналітика, психотерапевта;

4.1.35. Якщо витрати пов'язані з екстракорпоральними методами лікування, у тому числі гемодіалізом, плазмофоре́зом, гідроклоно́терапією, лазеротерапією, кріотерапією, аутогематерапією і озонотерапією; гіпербаричною і нормобаричною оксигенацією, гіпокситаерапією.

4.1.36. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху.

5. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

5.1. При настанні страхового випадку (раптового захворювання, нещасного випадку або іншої раптової непередбаченої події) Застрахована особа або її довірена особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження та часу доби негайно, до моменту звернення по медичну або іншу, передбачену даним Договором, допомогу, за винятком непередбачених або надзвичайних обставин, зв'язатися з Асистансом Страховика за телефоном, зазначеним у даному Договорі, і повідомити таку інформацію:

- своє прізвище, ім'я;
- номер, серію Договору і строк його дії;
- своє місцезнаходження в країні перебування (адресу лікарні, готелю);

- контактний телефон, факс;
- назву страхової компанії;
- докладний опис проблеми, що виникла, і вид необхідних послуг;
- відомості про відвідуючого лікаря, якщо можливо.

В рамках даного пункту Договору до непередбачених або надзвичайних обставин відносяться:

- відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування або ймовірного досягання Страхувальника (Застрахованої особи);
- непритомний стан Застрахованої особи або інший гострий стан здоров'я, який об'єктивно не дозволяє зробити (або організувати) звернення до Асистанса.

5.2. Якщо неможливо зв'язатися з Асистансом, необхідно зв'язатись зі Страховиком за телефоном, зазначеним в даному Договорі.

5.3. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зв'язатися з диспетчерським центром Асистанса або Страховиком безпосередньо перед зверненням до лікаря, або госпіталізацією, Застрахована особа, або особа, що її супроводжує, зобов'язана за першої нагоди, але не пізніше 48 годин з моменту настання страхового випадку, повідомити (подзвонити, відправити факсимільне повідомлення) в диспетчерський центр Асистанса, або доручити зробити це іншій особі.

5.4. Якщо Застрахована особа сама оплатила послуги у країні перебування без узгодження з Асистансом або Страховиком, останній відшкодує ці витрати після повернення Застрахованої особи в Україну, але в розмірі не більше 100 доларів США або Євро.

5.5. Компенсація здійснюється грошовими одиницями України за курсом НБУ на дату настання страхового випадку. За отриманням відшкодування Застрахована особа має право звертатись до Страховика протягом 30 днів з дати повернення із-за кордону з обов'язковим наданням усіх необхідних документів (п.6.2 цього Договору). Рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком в строк не більше, ніж 10 (десять) робочих днів, з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір збитку. В разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування, Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника/Застраховану особу в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови у строк не більше, ніж 10 (десять) календарних днів з дати прийняття такого рішення. В разі визнання події страховим випадком за Договором виплата страхового відшкодування здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про виплату страхового відшкодування, що підтверджується складанням і затвердженням страхового акту.

5.6. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик зобов'язаний сплатити Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 1/365 подвійної облікової ставки НБУ, що діяла протягом періоду затримки виплати, від суми страхового відшкодування згідно страхового акту, за кожний день безпідставної затримки виплати, але не більше 10% від суми заборгованості.

6. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИТРАТ

6.1. У випадку, якщо Застрахована особа користувалася медичними та іншими послугами, організованими Асистансом, оплата вартості наданих Застрахованій особі послуг здійснюється Асистансом. При цьому, відповідний іноземний заклад, який надавав допомогу, надсилає рахунок за надані ним послуги та інші документи безпосередньо Асистансу. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування шляхом компенсації витрат Асистанса на врегулювання страхового випадку Застрахованої особи у порядку та в терміни, передбачені відповідним договором між Страховиком та Асистансом.

6.2. У випадку, якщо Застрахована особа самостійно оплатила надані їй медичні та інші послуги, за умови, що ці витрати були попередньо погоджені із Асистансом або Страховиком, в межах лімітів, визначених даним Договором, Страховик відшкодує їй ці витрати на підставі письмової заяви, поданої Страховикові протягом 30 днів з дати повернення на територію України. Для відшкодування самостійно здійснених Застрахованою особою витрат з оплати послуг, передбачених цим Договором, Страховику надаються:

- 6.2.1. заява на отримання страхової виплати;
- 6.2.2. оригінал цього Договору (примірник Страхувальника);
- 6.2.3. оригінали медичних документів, що містять дані про діагноз, стан здоров'я Застрахованої особи в момент звернення за медичною допомогою і про проведені медичні маніпуляції, або медичні документи про нещасний випадок;
- 6.2.4. офіційний протокол, або довідка, що підтверджують факт нещасного випадку, або травми й обставини події;
- 6.2.5. поліцейський рапорт з описом обставин ДТП та технічного стану автомобіля після ДТП, який підтверджує факт об'єктивної неможливості подальшої експлуатації цього транспортного засобу без ремонту;
- 6.2.6. на вимоги Страховика Застрахована особа зобов'язана надати необхідну додаткову інформацію про стан свого здоров'я. Страховик також має право самостійно вимагати медичну документацію, необхідну для вирішення питання про виплату

страхового відшкодування, у будь-яких лікувальних та інших установах;

6.2.7. на вимогу Страховика Застрахована особа зобов'язана пред'явити закордонний паспорт та надати його копію з відмітками прикордонного контролю про перетин Державного кордону України;

6.2.8. довідку-рахунок з медичного закладу (на фірмовому бланку, або з відповідним штампом) із зазначеними: прізвищем та ім'ям пацієнта, точним діагнозом захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком наданих послуг з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

6.2.9. рецепти, виписані лікуючим лікарем, у зв'язку з даним захворюванням, на придбання медикаментів, розрахунково-касові документи, або товарні чеки з аптеки із зазначеною вартістю кожного препарату;

6.2.10. направлення на проходження лабораторних досліджень, у зв'язку з захворюванням, із зазначенням найменування та вартості наданих послуг;

6.2.11. документи, що підтверджують факт сплати за лікування, медикаменти, юридичні, технічні та інші послуги (розписка про отримання грошей, банківська квитанція з зазначеною сумою на переказ тощо);

6.2.12. деталізовані рахунки за інші послуги, відшкодування вартості яких передбачено умовами даного Договору;

6.2.13. оригінали рахунків за телефонні розмови зі Страховиком або Асистансом, на яких зазначений номер телефону та вартість кожної розмови;

6.2.14. інші необхідні документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір пов'язаних з ним витрат.

6.3. У випадку смерті Застрахованої особи витрати на самостійно оплачені надані Застрахованій особі медичні та інші послуги за умови, що ці витрати були попередньо погоджені з Асистансом або Страховиком, в межах лімітів, визначених даним Договором, відшкодовуються Вигодонабувачу (спадкоємцю Застрахованої особи за законом) на підставі письмової заяви, поданої Страховику протягом 30 днів з дати репатріації Застрахованої особи на територію України. Для відшкодування самостійно здійснених витрат з оплати послуг, передбачених цим Договором, Страховику додатково до документів зазначених в п. 6.2. надаються:

6.3.1. копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

6.3.2. копія паспорта, реєстраційного номера облікової картки платника податків або ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача;

6.3.3. документ, що посвідчує право на спадщину на страхову виплату за Договором.

6.4. Усі документи мають бути розбірливо написані, або надруковані на бланках та мати

відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон організації, що видала документ.

6.5. На вимогу Страховика, Застрахована особа зобов'язана надати переклад документації, пов'язаної зі страховим випадком, на українську або російську мову.

УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ

7. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

7.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, які не суперечать законодавству України, пов'язані із завданням шкоди життю, здоров'ю та працездатності Застрахованої особи.

8. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

8.1. Страховий ризик — певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання («нещасний випадок»).

8.2. Під «нещасним випадком» розуміється раптова, випадкова, короткочасна, не залежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи) чи Вигодонабувача подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи, що супроводжується пошкодженням тканин організму Застрахованої особи з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату (травматичне ушкодження, опіки, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими, або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), або поліомієлітом; розриви органів (поранення органів, або їх вилучення внаслідок помилкових медичних маніпуляцій), або смерть Застрахованої особи. Між нещасним випадком та розладом здоров'я (втратою працездатності) або смертю Застрахованої особи має бути причинний зв'язок.

8.3. Страховими випадками за цим Договором є:

8.3.1. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

8.3.2. стійка втрата Застрахованою особою загальної працездатності (встановлення групи інвалідності), одержана внаслідок нещасного випадку;

8.4. Події, перераховані вище, визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в період дії даного Договору і підтверджуються документами, виданими в установленому

діючим законодавством країни перебування Застрахованої особи порядку медичними установами, компетентними органами, судом тощо.

8.5. Зазначені у п. 8.3 Договору події не є страховими випадками, якщо вони сталися внаслідок:

8.5.1. Керування Страхувальником/Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (під впливом психотропних речовин) або передачі Страхувальником/Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (під впливом психотропних речовин), або особі, яка не має права управління транспортним засобом.

8.5.2. Самогубства або замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб.

8.5.3. Навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень.

8.5.4. Порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху.

8.5.5. Захворювання, у тому числі професійного.

8.5.6. Діагностичних, лікувальних медичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), якщо вони не були пов'язані із лікуванням, яке здійснювалось за наслідками нещасного випадку.

8.5.7. Самолікування Застрахованою особою.

8.5.8. Вчинення або спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій.

8.5.9. Дій Страхувальника/Застрахованої особі під впливом алкоголю, наркотичних, токсичних або психотропних речовин.

8.5.10. Дії форс-мажорних обставин (природні катаклізми, стихійні лиха, ядерний вибух, вплив радіації або радіоактивне забруднення, війна, військові дії будь-якого роду, надзвичайний стан, оголошений уповноваженими органами влади, революція, заколот, повстання, громадські заворушення, страйк). Факт настання та підтвердження дії форс-мажорних обставин визначаються згідно з законодавством країни, в якій на момент їх настання перебував Страхувальник/Застрахована особа.

8.5.11. Інших обставин/випадків, обумовлених п. 18.1 цього Договору.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Після настання події, що має ознаки страхового випадку за Договором, Страхувальник (його представник, Застрахована особа) зобов'язаний звернутися до відповідних компетентних органів (медичні установи, органи внутрішніх справ, пожежної охорони,

аварійні служби тощо) для фіксації факту настання події.

9.2. Після настання події, що має ознаки страхового випадку за Договором, Страхувальник (його представник, Застрахована особа) зобов'язаний протягом 48 годин з моменту настання події повідомити Страховика (Асистанську службу) про настання такої події, будь-яким засобом зв'язку, який дає можливість зафіксувати факт повідомлення (дату та час повідомлення).

9.3. Страхувальник (його представник, Застрахована особа) зобов'язаний зібрати та надати Страховику усі документи, необхідні для визнання випадку страховим і проведення виплати страхового відшкодування (п. 10.1 Договору).

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. Для одержання страхового відшкодування Страховику подаються такі документи:

10.1.1. Застрахованою особою (у разі, якщо Застрахована особа є неповнолітньою – її батьками або опікунами), у разі настання страхового випадку, який передбачено пп. 8.3.2 даного Договору:

- заяву про виплату;
- оригінал цього Договору (примірник Страхувальника);
- документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (висновок відповідного закладу (установи), визначеного діючим законодавством країни перебування Застрахованої особи, про встановлення групи інвалідності);
- документ, що посвідчує Застраховану особу;
- довідку про присвоєння ідентифікаційного номера (реєстраційний номер облікової картки платника податків).

10.1.2. Вигодонабувачем (спадкоємець Застрахованої особи за законом), у разі настання страхового випадку згідно пп. 8.3.1 даного Договору:

- заяву про виплату;
- оригінал цього Договору (примірник Страхувальника);
- копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- копію паспорта, реєстраційного номера облікової картки платника податків або ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача;
- документ, що посвідчує право на спадщину на страхову виплату за Договором (для спадкоємця).

10.2. Після отримання документів, визначених у пункті 10.1 цього Договору, Страховик здійснює виплату страхового відшкодування згідно умов п.п. 10.3, 10.4 цього Договору.

10.3. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома

випадками, не може перевищувати ліміту страхової суми для цієї Застрахованої особи, встановленої даним Договором.

10.4. У разі настання страхового випадку, розмір страхової виплати визначається наступним чином:

10.4.1. При настанні страхового випадку, визначеного у пп. 8.3.2 цього Договору:

- I група інвалідності — 100% страхової суми;
- II група інвалідності — 70% страхової суми;
- III група інвалідності — 50% страхової суми.

10.4.2. При настанні страхового випадку, визначеного у пп. 8.3.1 Договору — 100 % страхової суми.

10.5. Належну виплату страхового відшкодування Страховик здійснює готівкою через власну касу або в безготівковому порядку шляхом перерахування грошових коштів на п/р Страхувальника/Застрахованої особи відповідно до бажання останнього, що визначається у заяві про виплату.

10.6. Рішенням про визнання події страховим випадком або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів і відомостей про обставини настання події. Про відмову у страховій виплаті Страховик зобов'язаний письмово повідомити Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) з обґрунтуванням причин відмови протягом наступних 10 (десяти) календарних днів з дати прийняття такого рішення. В разі визнання події страховим випадком, виплата страхового відшкодування має бути здійснена Страховиком в термін протягом 10 (десяти) робочих днів після дати затвердження страхового акту.

10.7. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик зобов'язаний сплатити Страхувальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 1/365 подвійної облікової ставки НБУ, що діяла протягом періоду затримки виплати, від суми страхового відшкодування згідно страхового акту, за кожний день безпідставної затримки виплати, але не більше 10% від суми заборгованості.

УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ БАГАЖУ ПІД ЧАС ПОДОРОЖІ

11. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

11.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси Страхувальника, пов'язані з володінням, користуванням та розпорядженням багажем Страхувальника/Застрахованої особи, що перевозиться під час подорожі.

12. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

12.1. Страховий ризик — певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

12.2. Страховими випадками за цим Договором визнаються події, які сталися в період дії даного Договору та передбачені п. 12.3 цього Договору.

12.3. За даним Договором відшкодовуються:

12.3.1. збитки Страхувальника/Застрахованої особи від ушкодження чи повної загибелі всього чи частини багажу, що сталися з будь-якої причини, крім випадків, передбачених Розділом 13 цього Договору.

12.4. Дія цих умов страхування багажу поширюється на весь багаж Страхувальника / Застрахованої особи, крім предметів, перерахованих в п. 13.2 цього Договору.

12.5. Страховик відшкодовує збитки, що виникли у результаті втрати, знищення або часткового пошкодження багажу, який був зареєстрований та переданий під відповідальність перевізника.

13. ВИКЛЮЧЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

13.1. Не відшкодовуються збитки, що сталися внаслідок:

13.1.1. навмисних дій чи грубої необережності Страхувальника/Застрахованої особи, або порушення ким-небудь з них встановлених правил перевезення, пересилання і зберігання багажу;

13.1.2 різного роду воєнних дій та їх наслідків, ушкодження або знищення багажу мінами, торпедами та іншими знаряддями війни, піратських дій; страйків, народних заворушень, локаутів; конфіскації, реквізиції, арешту чи знищення багажу або транспортного засобу з багажем, заборонаю пересування чи затримання або їх наслідків на вимогу військових чи цивільних властей; тероризму та будь-якого роду терористичних актів;

13.1.3. прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного зараження;

13.1.4. впливу звичайних коливань температури, трюмного повітря чи особливих властивостей та природних якостей багажу, внутрішнього зіпсування, придбання запахів, усихання, бродіння, гниття, корозії тощо чи наявності у багажу на момент початку страхового захисту дефектів і/або недоліків;

13.1.5. невідповідної упаковки (закупорки), або відправлення у пошкодженому стані багажу, який передано під відповідальність перевізника;

13.1.6. дії вогню чи вибуху або самозаймання внаслідок наявності в багажу з відома Страхувальника або його представника чи Застрахованої особи, але без повідомлення про це Страховика, само- або легкозаймистих або вибухонебезпечних речовин та предметів;

- 13.1.7. недостачі речей у багажу, який передано під відповідальність перевізника;
- 13.1.8. пошкодження багажу хробаками, гризунами та комахами;
- 13.1.9. затримки в доставці багажу;
- 13.1.10. неприйняття Страхувальником/Застрахованою особою розумних і доступних йому/їй заходів для того, щоб попередити або зменшити розмір можливих збитків.
- 13.2. Дія даного Договору не поширюється на:
- 13.2.1. хутрянні вироби, прикраси, (переносні) портативні аудіо-, фото-, кіно-, відео-, обчислювальні та програмні системи, друкуючі пристрої, і т.д., та будь-яке приладдя до них, якщо вартість їх становить більше суми в національній валюті України, що еквівалентна 50 Євро за кожен предмет по курсу НБУ на момент укладання Договору, та ці предмети не були задекларовані при перетині митного кордону та передані під відповідальність перевізника;
- 13.2.2. гроші, коштовності, цінні папери;
- 13.2.3. дорогоцінні метали в злитках, дорогоцінні і напівдорогоцінні камені без оправ; 13.2.4. антикварні й унікальні вироби, вироби мистецтва і предмети колекцій;
- 13.2.5. проїзні документи, паспорти і будь-які види документів, слайди, фотознімки, фільмокопії;
- 13.2.6. рукописи, плани, схеми, креслення, моделі, ділові папери;
- 13.2.7. будь-які види протезів, контактні лінзи;
- 13.2.8. наручні і кишенькові годинники;
- 13.2.9. тварин, рослини і насіння;
- 13.2.10. засоби авто-, мото-, велотранспорту, повітряні і водні види транспорту, а також запасні частини до них;
- 13.2.11. предмети релігійного культу.
- 13.3. При цьому, визнаються:
- 13.3.1. колекціями — сукупність будь-яких однорідних предметів (марок, календарів, значків, рослин і т.д.), що являють собою науковий, історичний, художній інтерес, або зібраних в аматорських цілях;
- 13.3.2. унікальними — єдині у своєму роді, виняткові за своїми якостями, або великій рідкості твори мистецтва;
- 13.3.3. антикварними — стародавні предмети, що представляють велику художню або іншу цінність;
- 13.3.4. запасними частинами — будь-які вузли, деталі, частини і приналежності до транспортних засобів, механізмів, приладів, електронного обладнання.
- 13.4. За цим Договором не покриваються:

- 13.4.1. збитки або витрати, викликані затримкою в доставці, або особливими властивостями, або природними якостями застрахованого багажу, звичайним зносом, природним погіршенням якості, цвіллюю;
- 13.4.2. електричні або механічні несправності аудіо- або відеоапаратури та інших подібних предметів в багажу;
- 13.4.3. бій або uszkodження виробів з фаянсу, порцеляни, скла, музичних інструментів та інших тендітних предметів в багажу, 13.4.4. збитки, заподіяні кислотами, фарбами, аерозолями, ліками і будь-якими рідинами, які перевозяться у багажі.
- 13.5. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо про збитки, які виникли внаслідок втрати, повного або часткового uszkodження багажу, не було повідомлено посадовим особам відповідних закладів, установ та підприємств, як зазначено у даному Договорі, протягом 24 годин з моменту виявлення втрати або uszkodження.

14. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА / ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

При настанні страхового випадку Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

- 14.1. Протягом 24 годин з моменту виявлення факту втрати або повного чи часткового uszkodження багажу повідомити:
- посадових осіб перевізника, якщо багаж був зареєстрований та переданий під його відповідальність.
- 14.2. Здійснити заходи по отриманню підтверджуючих та інших документів від зазначених установ.
- 14.3. Повідомити Страховика або Асистанса про факт настання події протягом 24 годин з моменту її настання та слідувати їх вказівкам.
- 14.4. Вжити усі можливі заходи з метою запобігання або зменшення збитків. Понесені Страхувальником/Застрахованою особою з цієї метою доцільні та розумні витрати відшкодовуються Страховиком під час відшкодування основних збитків, з метою зменшення яких вони були понесені.

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

- 15.1. Виплата страхового відшкодування Страховиком здійснюється на підставі відповідної заяви Застрахованої особи (Страхувальника). В заяві мають бути вказані характер та обставини страхового випадку, організація, що формувала туристичну групу (у разі подорожі, яка організована туристичною фірмою), дата виїзду у подорож, інша

інформація, яка має істотне значення для визначення характеру, обставин страхового випадку та суми заподіяної шкоди.

До заяви обов'язково мають бути додані:

15.1.1. інформація про багаж, який був втрачений або ушкоджений;

15.1.2. перелік предметів багажу, які фактично було втрачено, знищено, або частково пошкоджено з позначенням їх вартості;

15.1.3. оригінал даного Договору (примірник Страхувальника).

15.2. Додатково до документів, що перераховані вище, мають бути надані також документи, які підтверджують факт настання страхового випадку:

15.2.1. У разі, якщо багаж був зареєстрований та переданий під відповідальність перевізника:

15.2.1.1. проїзний квиток, на підставі якого Застрахована особа знаходилася у транспортному засобі;

15.2.1.2. багажну квитанцію (талон, PIR, ідентифікаційну багажну бирку), яка підтверджує факт реєстрації та передачі багажу під відповідальність перевізника;

15.2.1.3. копію заяви перевізнику про втрату, повне або часткове пошкодження багажу з відміткою перевізника про прийняття заяви;

15.2.1.4. документ, який підтверджує повне або часткове пошкодження багажу (Акт про пошкодження при перевезенні), складений за участю посадових осіб перевізника;

15.2.1.5. копію рішення перевізника про визнання багажу безповоротно втраченим (у разі втрати багажу) після проведення процедури пошуку, затвердженої перевізником;

15.2.1.6. копію рішення претензійної комісії перевізника про виплату або відмову у виплаті компенсації при зникненні, повній загибелі, або частковому ушкодженні багажу.

15.2.1.7. митну декларацію для письмового декларування товарів, що переміщуються через митний кордон України громадянами для особистих, сімейних та інших потреб, не пов'язаних з провадженням підприємницької діяльності/митну декларацію країни відправлення.

15.3. На вимогу Страховика Застрахована особа зобов'язана надати копію закордонного паспорта з відмітками прикордонного контролю про перетин Державного кордону України.

15.4. Страховик має право вимагати у Страхувальника/Застрахованої особи надання йому й інших, не передбачених цим Розділом документів, наявність яких є умовою для відшкодування збитків Страхувальника/Застрахованої особи. Отримання й надання цих документів є обов'язком Страхувальника/Застрахованої особи.

15.5. Заява та документи на отримання страхового відшкодування мають бути подані Страховику протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня настання події, що має ознаки страхового випадку.

15.6. Визначення розміру збитку провадиться по кожному предмету (місцю багажу) окремо. Ліміт відповідальності Страховика по багажу складає сума, що не перевищує еквіваленту 300 Євро за одне місце багажу в національній валюті України по курсу НБУ на момент визначення розміру збитку. Сума збитку визначається, виходячи з дійсної вартості предметів багажу на дату укладання Договору.

15.6.1. Якщо багаж був задекларований при перетині митного кордону сума збитку розраховується виходячи з вартості багажу вказаної в декларації за вирахуванням компенсації, здійсненої перевізником;

15.6.2. Якщо багаж не був задекларований при перетині митного кордону сума збитку розраховується виходячи з маси багажу зафіксованої перевізником під час реєстрації багажу з розрахунку 8,00 Євро за 1 кг в межах ліміту 300,00 Євро на одне місце багажу за вирахуванням компенсації, здійсненої перевізником в національній валюті України по курсу НБУ на дату визначення розміру збитку.

16. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

16.1. Загальний розмір усіх виплат страхового відшкодування не може перевищувати страхову суму, встановлену в даному Договорі.

16.2. Якщо пошкоджений предмет багажу можна відремонтувати з метою подальшого використання за призначенням, то розміром страхового відшкодування вважається вартість ремонту такого предмету. Якщо вартість ремонту перевищує вартість самого предмету та встановленого у даному Договорі ліміту відповідальності по окремому предмету багажу, то відшкодування здійснюється в межах вартості такого предмета та встановлених у даному Договорі лімітів відповідальності.

16.3. Якщо викрадена річ була повернена Страхувальнику/Застрахованій особі, то останній(я) повинен(на) повернути Страховику отримане страхове відшкодування за вирахуванням підприємних із страховим випадком витрат на ремонт або приведення поверненої речі у належний стан. Вказане страхове відшкодування має бути повернено Страхувальником/Застрахованою особою не пізніше 15 календарних днів після повернення йому викраденого багажу.

16.4. Якщо за втраченим або пошкодженим багажем чи його частину Страхувальником/Застрахованою особою було одержано відшкодування від третіх осіб, винних у заподіяні збитку, виплати страхового відшкодування не проводяться. Якщо збитки відшкодовані частково, Страховик виплачує різницю (за наявності) між сумою, яка підлягає відшкодуванню, і сумою, відшкодованою третіми особами. Якщо збитки відшкодовані третіми особами після виплати страхового відшкодування Страховиком,

Страховальник/Застрахована особа зобов'язаний повернути йому відповідну суму протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Страхове відшкодування виплачується в тій валюті, яка передбачена цим Договором, якщо інше не передбачено законодавством України.

16.5. Страховик має право відкласти виплату страхового відшкодування у випадках:

16.5.1. якщо у нього є сумніви стосовно законності права Страховальника/Застрахованої особи на отримання страхового відшкодування - до моменту надання Страховальником/Застрахованою особою необхідних доказів;

16.5.2. якщо, в зв'язку зі страховим випадком компетентними органами ведеться розслідування у відношенні Страховальника/Застрахованої особи або у випадку проведення Страховиком самостійного страхового розслідування обставин страхового випадку — до його закінчення.

16.6. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком в строк не більше, ніж 10 (десять) робочих днів, з дня отримання Страховиком усіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір збитку. В разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування, Страховик зобов'язаний повідомити Страховальника/Застраховану особу в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови у строк не більше, ніж 10 (десять) календарних днів з дати прийняття такого рішення. В разі визнання події страховим випадком за Договором виплата страхового відшкодування має бути здійснена Страховиком в термін 10 (десять) робочих днів з дати складання страхового акту.

16.7. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик зобов'язаний сплатити Страховальнику (Застрахованій особі) пеню у розмірі 1/365 подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період затримки виплати, за кожний день такої затримки, але не більше 10% від суми заборгованості.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

17. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Страховик зобов'язаний:

17.1.1. ознайомити Страховальника з умовами та Правилами страхування;

17.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

17.1.3. не розголошувати відомостей про Страховальника та його майнове становище, крім випадків, передбачених чинним законодавством України;

17.1.4. у разі здійснення Страховальником заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним цей Договір на інших умовах;

17.1.5. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений цим Договором строк;

17.1.6. відшкодувати витрати, понесені Страховальником/Застрахованою особою при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків у випадках, обумовлених цим Договором.

17.2. Страховик має право:

17.2.1. у разі необхідності, робити запити щодо інформації, пов'язаної зі страховим випадком, до медичних установ, правоохоронних органів, інших підприємств, установ та організацій, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку, перевіряти всі документи та відомості, пов'язані з ним, проводити страхові розслідування обставин страхового випадку;

17.2.2. у разі необхідності, призначити медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу (дослідження) стосовно страхової події;

17.2.3. здійснювати фотозйомку, аудіо- і відеозапис всіх подій та розмов, яв'язаних із виконанням сторонами умов цього Договору;

17.2.4. дізнаватися усю необхідну інформацію про Страховальника/Застраховану особу, що стосується самої особи та її застрахованого майна. Укладаючи цей Договір Страховальник звільняє лікарів медичних організацій від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком та його уповноваженими представниками у частині, що стосується страхового випадку із Страховальником/Застрахованою особою;

17.2.5. не відшкодувати будь-які непрямі збитки Застрахованій особі (Страховальнику), крім випадків, що прямо передбачені цим Договором;

17.2.6. не відшкодувати безумовну франшизу, якщо її застосування передбачене цим Договором;

17.2.7. відмовити у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених цим Договором або чинним законодавством України;

17.2.8. переглянути умови цього Договору в разі зміни страхового ризику за умови письмового попередження про це Страховальника;

17.2.9. вимагати від Страховальника/Застрахованої особи повернення одержаного ним/нею страхового відшкодування (виплати), його(її) частини, якщо багаж, що пропав,

був повернутий Страхувальнику/Застрахованій особі в непошкодженому або частково пошкодженому стані.

17.3. Страхувальник зобов'язаний:

17.3.1. сплатити страховий платіж, визначений у цьому Договорі;

17.3.2. при укладанні Договору надати інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, які вимагає Страховик, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. До зміни страхового ризику відносяться: недотримання правил пожежної, технічної безпеки тощо, невиконання рекомендацій та призначень лікаря медичного закладу або Асиситансу тощо;

17.3.3. повідомити Страховика про настання страхового випадку в терміни та в порядку, передбачені цим Договором;

17.3.4. виконувати вказівки Страховика та Асиситансу або їх повноважних представників щодо порядку отримання необхідної медичної та іншої допомоги;

17.3.5. при укладенні цього Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету страхування за цим Договором;

17.3.6. вживати усіх доцільних та можливих заходів для запобігання або зменшення розміру збитку внаслідок настання страхового випадку за Договором;

17.3.7. Узгоджувати із Страховиком або Асиситансом усі дії, пов'язані із страховим випадком;

17.3.8. Отримати згоду Застрахованих осіб на їх страхування за цим Договором;

17.3.9. Ознайомити Застрахованих осіб з їх правами та обов'язками за Договором та Правилами.

17.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

17.4.1. оскаржити у судовому порядку відмову Страховика у здійсненні страхової виплати;

17.4.2. звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги;

17.4.3. отримати страхові виплати у випадках, розмірах та порядку, які передбачені цим Договором.

17.5. Страховик та Страхувальник, окрім вищеперерахованих, мають і інші права та несуть і інші обов'язки, обумовлені цим Договором, Правилами страхування Страховика та нормами діючого законодавства України.

17.6. В разі настання події, що має ознаки страхового випадку згідно умов Договору, на Застраховану особу покладаються ті самі обов'язки, що за цим Договором несе Страхувальник. Укладаючи цей Договір на користь Застрахованої особи, укладанням Договору Страхувальник гарантує, що він отримав згоду цієї Застрахованої особи на страхування й повідомив її про передбачені цим Договором зобов'язання.

18. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВОМУ ВІДШКОДУВАННІ

Страховик має право відмовити у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування у випадках, прямо передбачених цим Договором, Правилами страхування або нормами діючого законодавства України.

18.1. Підставою для відмови у страховій виплаті або виплаті страхового відшкодування за цим Договором є:

18.1.1. навмисні дії Страхувальника, або особи, на користь якої укладено Договір (Застрахованої особи), 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 встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

18.1.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

18.1.3. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про себе або Застраховану особу чи навпаки, в тому числі про стан здоров'я; про строки та обставини настання страхового випадку; ступінь та розміри отриманої шкоди (понесених збитків); подання документів, що містять неправдиву інформацію тощо.;

18.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин, або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

18.1.5. неповідомлення Страхувальника про підвищення ступіню страхового ризику;

18.1.6. одержання Страхувальником (Застрахованою особою) відповідного відшкодування збитку від особи, винної в заподіянні цього збитку (нанесенні шкоди);

18.1.7. не надання Страхувальником/Застрахованою особою документів та відомостей, необхідних для встановлення причин страхового випадку та розміру збитку;

18.1.8. чинення перешкод Страховику у встановленні ним причин і/або обставин настання страхового випадку або встановлення розміру збитку (нанесеної шкоди), в тому числі ненадання/несвоєчасне надання відомостей та/або документів;

18.1.9. надання Страхувальником неправдивої інформації про себе або Застрахованих осіб під час укладання Договору;

18.1.10. інші випадки, передбачені законодавством України або Правилами страхування Страховика.

18.2. Відмова Страховика здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником у судовому порядку.

19. РОЗГЛЯД СПОРІВ

19.1. Усі спірні питання стосовно цього Договору вирішуються шляхом переговорів.

19.2. Спори, пов'язані із страхуванням, не врегульовані шляхом переговорів, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

20. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ, ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

20.1. Даний Договір укладається на підставі заяви Страхувальника. Даний Договір не може бути укладений у відношенні осіб, вік яких на дату укладання даного Договору складає 75 та більше повних років. Укладений по відношенню до такої особи договір страхування вважається Страховиком та Страхувальником недійсним з дати його укладання.

Під час укладання цього Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику наступні відомості щодо себе та Застрахованої особи:

- повідомити прізвище, ім'я та по батькові, дату народження, адресу реєстрації та фактичного проживання, контактний телефон;
- паспорту громадянина України для виїзду за кордон (закордонний паспорт), а також реєстраційний номер облікової картки платника податків (ідентифікаційний номер);
- дані про країну перебування, характер, маршрут та строки закордонної поїздки;
- іншу інформацію на запит Страховика, яка може мати істотне значення для оцінки ступеню страхового ризику.

20.2. Розмір страхового платежу визначається Страховиком в залежності від розміру страхової суми, строку дії Договору та інших умов страхування з урахуванням понижуючого (підвищуючого) коефіцієнтів.

20.3. Надбавки до страхового платежу застосовуються у певних випадках страхування, зокрема: страхування осіб віком молодше ніж 8 повних років та старше 60 повних років на дату укладання Договору, занять Страхувальником (Застрахованою особою) в період дії Договору професійним або аматорським спортом, зимовими видами спорту, екстремальними видами спорту (з обов'язковим зазначенням конкретного виду спорту), роботою за винагороду, навчанням.

20.4. Цей Договір укладається на строк за домовленістю між Страховиком та Страхувальником, але не більше ніж на 1 (один) рік. Якщо на дату укладення Договору Застрахована особа знаходилась на території України, цей Договір починає діяти по відношенню до такої Застрахованої особи з моменту проходження Застрахованою особою виїзного прикордонного контролю України, але не раніше дати, вказаної в

Частині 2 („Специфікації“) як початок строку дії Договору. Якщо на дату укладення Договору Застрахована особа не знаходилась на території України, цей Договір починає діяти по відношенню до такої Застрахованої особи з моменту повторного проходження Застрахованою особою виїзного прикордонного контролю України після проходження Застрахованою особою в'їзного прикордонного контролю України, але не раніше дати, вказаної в Частині 2 („Специфікації“) як початок строку дії Договору. При цьому, страховий платіж вноситься не пізніше дати початку строку дії Договору. У випадках часткової сплати або несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки, Договір страхування чинності не набуває.

20.5. Дія даного Договору припиняється з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) в'їзного прикордонного контролю України, але не пізніше дати зазначеної у Частині 2 („Специфікації“) даного Договору, як дата закінчення строку дії даного Договору. Окрім даного випадку, дія Договору припиняється за взаємною згодою Сторін, а також у разі:

- 20.5.1. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;
- 20.5.2. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22-24 Закону України „Про страхування“;
- 20.5.3. ліквідації Страховика у встановленому законодавством України порядку;
- 20.5.4. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.
- 20.5.5. закінчення строку дії Договору;
- 20.5.6. в інших випадках, передбачених нормами діючого законодавства України.

20.6. В разі здійснення страхування багаторазових подорожей (за умови, що про це зазначено в Частині 2 („Специфікації“) даного Договору та сплачений відповідний страховий платіж) дія даного Договору починає діяти та припиняється відповідно до умов п.п. 20.4 та 20.5 даного Договору для кожної з подорожей, але в рамках загального терміну перебування за кордоном (в днях), зазначеного в даному Договорі.

20.7. Дія даного Договору може бути припинена достроково на вимогу Страховика або Страхувальника. Про намір достроково припинити дію даного Договору будь-яка сторона повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 2 робочих дні до бажаної дати припинення дії даного Договору.

20.7.1. У разі дострокового припинення дії даного Договору, за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (Застрахованою особою)

умов даного Договору, в тому числі наданням неправдивої інформації під час укладання Договору, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії даного Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від суми страхового платежу та суми фактично здійснених страхових виплат.

20.7.2. Після укладання даного Договору можливе його припинення на вимогу Страхувальника до початку дії даного Договору. У цьому випадку йому повертається раніше внесений страховий платіж за відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від суми страхового платежу.

20.7.3. У разі дострокового припинення дії даного Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії даного Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від суми страхового платежу та сум фактично здійснених страхових виплат. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов даного Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страхові платежі повністю.

20.7.4. Після початку закордонної поїздки дія Договору не може бути припинена, якщо Договір був укладений на одну поїздку.

20.8. Територією страхування за Договором є одна або більше країн, які вказані в даному Договорі (за відповідною географічною зоною), крім території України, країн громадянства чи постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи), зон стихійних лих та військових конфліктів. В межах даного Договору країна в якій Застрахована особа проживає більше, ніж 182 дні на рік є її країною постійного проживання.

20.9. Після укладання даного Договору на одну поїздку, зміни та доповнення його умов можуть бути внесені виключно за взаємною згодою сторін в письмовій формі й обов'язково до початку строку дії Договору страхування. Після початку строку дії даного Договору зміни та доповнення в його умови не вносяться.

В разі здійснення страхування багаторазових подорожей (за умови, що про це зазначено в Частина 2 („Специфікації”) даного Договору та сплачений відповідний страховий платіж) положення даного Договору можуть бути змінені або доповнені після початку строку дії Договору виключно за взаємною згодою сторін в письмовій формі й поширюватимуться на закордонні поїздки Страхувальника/Застрахованої особи, що відбуватимуться після набрання змінами та/або доповненнями чинності.

20.10. Обов'язок доводити факт настання страхового випадку та обґрунтовувати розмір своїх витрат, або, якщо необхідно, неможливість встановлення зв'язку з Асистансом чи Страховиком повністю покладається на Страхувальника (Застраховану особу) та/або особу, яка надала послуги.

21. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

21.1. В разі наявності будь-яких протиріч або розбіжностей між положеннями Правил страхування та Договору перевагу мають положення даного Договору.

21.2. Укладенням цього Договору Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений та згодний з умовами Договору та Правилами;

21.3. Інформація, зазначена у частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», надана Страхувальнику у повному обсязі, що підтверджується укладанням цього Договору;

21.4. Укладенням цього Договору Страхувальник надає Страховику та Вигодонабувачу свою повну необмежену строком згоду на обробку його персональних даних та персональних даних Застрахованих осіб будь-яким способом, передбаченим Законом України «Про захист персональних даних» (далі – Закон), занесення їх до баз персональних даних Страховика та Вигодонабувача, передачу та/або надання доступу третім особам без отримання додаткової згоди Страхувальника/Представника. Обробка персональних даних здійснюється Страховиком та Вигодонабувачем з метою належного виконання умов цього Договору, розслідування, реалізації права вимоги Страховика чи Вигодонабувача до винної особи та провадження страхової діяльності відповідно до чинного законодавства України. Страхувальник засвідчує, що Застраховані особи ознайомлені зі своїми правами як суб'єктів персональних даних, відповідно до Закону.

21.5. Укладанням цього Договору Страхувальник/Представник також надає свою згоду на пропонування йому та Застрахованим особам послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення з ним прямих контактів та відправлення йому повідомлень будь-якими засобами зв'язку. Страхувальник/Представник/Застраховані особи повідомлені про їх права згідно Закону та про включення їх персональних даних до баз персональних даних Страховика та Вигодонабувача;

21.6. Страховик є платником податку на прибуток на умовах пункту 141.1 статті 141 Податкового кодексу України.

21.7. У випадку виявлення розбіжностей між положеннями українського та англійського варіантів Договору застосовуються умови, визначені українським варіантом Договору.

21.8. У випадку будь-яких розбіжностей між умовами цього Договору та зареєстрованими Правилами страхування застосовуються умови цього Договору, крім випадку, якщо вони суперечать діючим нормам законодавства України. Юридичну силу має текст даного Договору, викладений українською мовою.

21.9. Всі поняття та терміни, яким не дається визначення у даному Договорі, тлумачаться відповідно до норм Закону України “Про страхування”.

GENERAL PROVISIONS

The Insurer shall enter into the Insurance Agreement (hereinafter «the Agreement»), in compliance with terms and conditions of the Agreement, with the Insured for the period of travelling abroad of the Insured or the Insured Person and against an accident, sudden disease, luggage damage and liability for other expenses borne during the travel subject to this Agreement.

The Insurer: Private Joint-Stock Company "Insurance company "Ukrainian Insurance Group" (short name: PJSC "IC "UIG").

The Insurer shall act under the Licenses № 500316 Series AB dated 13.01.2010, № 500326 Series AB dated 13.01.2010, № 500327 Series AB 13.01.2010, № 500313 Series AB dated 13.01.2010 and 'Regulations of voluntary third-party liability insurance (except for legal liability of land vehicle, air and water vessel owners (excluding the carrier's liability))' registered by the State Commission for Financial Market Regulation of Ukraine under No1550767 on August 26, 2005, 'Regulations of voluntary medical expenses insurance' registered by the State Commission for Financial Market Regulation of Ukraine under No2150770 on August 26, 2005, 'Program of insurance of medical and other expenses during staying abroad' registered by the State Commission for Financial Market Regulation of Ukraine under No2150772 on August 26, 2005, 'Regulations of voluntary accident insurance' registered by the State Commission for Financial Market Regulation of Ukraine under No0261840 on June 22, 2006, and 'Regulations of voluntary cargo and luggage insurance' registered by the State Commission for Financial Market Regulation of Ukraine under No0961811 on June 22, 2006.

The Insured shall be a legal person or capable physical person who entered into the Agreement with the Insurer.

The Insured Person shall be a physical person who will benefit from the Agreement. The Agreement will be concluded for the benefit of the Insured person and cover medical and other expenses during staying abroad.

The Agreement may be drawn up for the benefit both of the Insured and third parties (the Insured Persons) under their consent. If the Insured concludes the Agreement in respect of himself/herself, the Insured shall be the Insured Person at the same time. In case the Agreement is drawn up for the benefit of the Insured Person, he/she shall enjoy the rights and obligations of the Insured under this Agreement.

The Assistance (Assistance company) shall be a service office which represents the Insurer's interests in Ukraine and abroad and to whom the Insured Person will approach in case of sudden disease, accident or other sudden and unpredictable event during staying abroad. The Assistance will coordinate any action of the Insured Person and persons who

assist or provide services to the Insured Person in case of insurance event.

Sports – any Insured's (Insured person's) actions related to the increased risk of the insurance event occurrence as a result of using mechanical, transport and other land vehicles and water, underwater and air vessels, travelling by animals. The following shall not be deemed to be sports hereof:

- traveling by public transport as a passenger with a ticket or another document certifying the payment for the ride;
- traveling by means of transport that according to the legislation of the country of stay may be driven by persons having a driving license of A1, B, BE category issued in Ukraine in borders of streets and roads of cities and other localities, general use roads.
- driving means of transport that according to the legislation of the country of stay may be driven by persons having a driving license of C1, C, C1E, CE, D1, D, D1E, DE category issued in Ukraine as duty performance in borders of streets and roads of cities and other localities, general use roads;
- traveling by bicycle in terms of streets and roads of cities and other localities, that have bicycle lanes or permit cycling.

Amateur sports – non-professional sports, that don't lead to increased life and health risk, for example, playing sports (football, basketball, volleyball, tennis, badminton etc.), water polopaddle boating, parasailing, traveling by means of transport that according to the legislation of the country of stay may be driven by persons having a driving license of B1 category issued in Ukraine in borders of streets and roads of cities and other localities, general use roads.

Professional sports – sport activities in order to obtain income or participating in competitions.

Extreme sports sports associated with high risk to life and health of the Insured Person including, but not limited to, mountaineering, climbing, -speleotourism, air-gliding, parachuting and other similar sports and activities with the free fall element, riding, horse-riding, animal riding, freestyle acrobatics, diving, underwater sports or activities, motorcycling and motor sport, and other sports for which motorised land, water or air vehicles are needed, contact sports (wrestling, Greco-Roman style, martial arts, traditional karate, kickboxing, boxing, judo, sambo, etc.), ice hockey, weightlifting, sports gymnastics, multi-sports, rugby, american football, bobsleigh, water tourism, slalom, rhythmic-sportive gymnastics, athletics, archery, trap shooting and rifle/pistol shooting, fencing, all types of surfing, sailing, acrobatics, flyboarding, tramlining, segwaying, parkour, paintball, airsoft, cycling sports (participation in any cycling competitions and racings, doing (including amateur) cycling sports types, caring increased injury risk including but not limited to: cross-country, downhill, mountain-cross, free ride, BMX, dirt, flatland, trial, dual, other

types of mountain biking and motocross); traveling by a motorcycle or another two-wheeled vehicle with 50cc and over engine; traveling outside of streets and roads of cities and other localities, general use roads.

Winter sports – skiing, snowboarding, skating.

The Third Party shall be physical and/or legal persons who have the right to carry out their activity according to legislation currently in force: medical institutions, transport companies etc., which give payable services to the Insured Person in case of sudden disease, accident or other sudden and unpredictable event during staying abroad.

The Agreement shall comprise of two integral parts: Part 1 «General insurance conditions» and Part 2 «Specification».

Taking into account needs of persons travelling abroad, this Agreement shall be complex and comprise the following insurance (insurance coverage) types:

Basic coverage:

- extraordinary medical and other expense insurance, including Programmes A, B, C, D for choice,

Additional coverage (options for the Insured's choice):

- voluntary accident insurance;
- voluntary luggage insurance.

CONDITIONS OF VOLUNTARY MEDICAL AND OTHER EXPENSES INSURANCE DURING STAYING ABROAD

1. AGREEMENT SUBJECT

1.1. The Agreement's subject shall be property interests which do not contradict to legislation of Ukraine connected with the Insured's (Insured Person's) necessity to bear expenses for medical and other services rendered to him/her during staying abroad in case of a sudden disease, accident or other extraordinary events stipulated by this Agreement.

Under the Agreement the Insurer shall be obliged, in case of insurance event, to make payment of sum insured (its share) to the Insured (Insured Person) aiming at reimbursing costs for medical and other assistance connected to the insurance event. List of the above-mentioned assistance, its quality and scope shall be mentioned in particular Program chosen by the Insured. Under the Agreement the Insured shall be obliged to pay insurance premium in term set in the Agreement and fulfil other terms and conditions of the Agreement.

2. INSURANCE RISKS AND INSURANCE EVENTS

2.1. The insurance risks shall be events having signs of probability and occasionally of occurrence, namely: sudden disease, accident or other sudden extraordinary events

stipulated by the Agreement happened to the Insured Person during his/her staying abroad and as a consequence of this there arises objective necessity to render to this person medical and/or other services stipulated by the Agreement.

2.2. An insurance event shall be an event stipulated by this Agreement that occurred during period of validity of the Agreement and as a consequence of which the Insurer shall be liable to pay indemnity to the Insured or third party by reimbursing the expenses for the rendered assistance and/or services stipulated by this Agreement.

2.2.1. **Accident** shall be a sudden, random and brief event which actually occurred and caused disorder of health (traumatic damage, casual sharp poisoning etc.) of the Insured Person or death of the Insured Person;

2.2.2. **Sudden disease** shall be the sharp worsening of the state of health in connection with unexpected illness which makes a threat to the health of the Insured Person and needs the first medical aid;

2.2.3. **First medical aid** shall mean organization and payment for medical care given to the Insured Person if the states of health require the first medical aid to be provided and if failure to provide first medical aid can lead to death or irreversible changes of organism.

3. EXPENSES INDEMNIFIED BY THE INSURER (MEDICAL AND OTHER EXPENSE INSURANCE PROGRAMME)

3.1. Program A (TRAVELLING)

Under this Program, the Insurer shall pay indemnity to cover the following services rendered to the Insured Persons:

3.1.1. Emergency ambulatory care in a medical institution or by a degreed/licensed physician (consultations, medicines; bandaging and fixation materials within a limit of 200.00 USD or EUR depending on the currency of the sum insured);

3.1.2. Exigent inpatient treatment in medical institution (provided that it happened during 24 hours after its recommendation by the doctor of medical institution or first aid) (hospitalization), including advice, diagnostics, treatment, payment for medicines prescribed by the physician, staying in the ward (including in reanimation), meals during staying in hospital in accordance with standards accepted in this medical institution. The Insurer shall have the right to pay for inpatient treatment of the Insured Person abroad within sum insured (limit) under the Agreement till the state of health of the Insured Person allows the Insured Person to be moved to Ukraine for further treatment. The Insurer shall not indemnify for costs for further treatment of the Insured Person after his/her returning from abroad to the place of permanent residence;

3.1.3. Exigent operative interferences, including expenses for necessary medicines prescribed by the physician, bandaging materials and fixation means (plaster bandages

and splints);

3.1.4. Acute dental care connected with injuries inflicted as a result of an accident and acute toothache – within the amount of 150 USD or Euro.

3.1.5. Acute assistance connected to pregnancy (up to 7 months of pregnancy);

3.1.6. Medications purchased according to doctor's recipe on the basis of the presented original of account – within the amount of 100 USD or Euro;

3.1.7. First aid rendering (including at the place of the emergency occurrence);

3.1.8. Medical transportation of the Insured Person:

- transportation by an emergency ambulance to the nearest medical institution or physician;
- medical evacuation, including expenses for a person accompanying the suffered Insured Person in case of presence of a medical conclusions concerning the necessity of accompanying (shall be confirmed by appropriate documents) from abroad to the place of permanent residence.

The medical evacuation of the Insured Person shall be performed only with the Assistance's or Insurer's consent. If the physicians authorized by the Assistance consider evacuation of the Insured Person to be possible, but the Insured Person rejects it, the Insurer shall immediately cease indemnifying services connected to the Insured Person's treatment;

3.1.9. Repatriation of the Insured Person's body in case of his/her death occurred as a result of an accident or sudden disease. In this case the Insurer shall indemnify expenses for a post-mortem examination, coffin required for international transportation and transportation of the remains to the airport nearest to the burial place in Ukraine. The unused return ticket of the Insured Person shall be given to the Insurer;

3.1.10. Telecommunication (communication services in case of the insurance event occurrence or emergency) in the volume necessary in certain case to contact the Assistance.

3.2. Program B (BUSINESS)

In addition to the expenses indemnified under Program A, the following expenses shall be indemnified as well:

3.2.1. Reissuing of a travel document for prior return of the Insured Person to Ukraine in case of sudden hard disease or death of a close relative of the Insured Person (cost for avia ticket in economy class or cost for railway ticket (reserved seats or compartment) or cost for bus ticket);

3.2.2. A visit of one of close relatives of the Insured Person, if the Insured Person stays in hospital in critical state longer than 10 days (indemnity shall include the cost of return tickets of the economy class and staying at a hotel no longer than 4 days, priced under 50 USD or Euro per day). Meal and other expenses shall not be indemnified to this person. The visit of the person shall be carried out only if agreed with the Assistance. The severity of the Insured Person's state shall be determined by the authorized physician of the Assistance. The kind of the vehicle for the person to travel (return tickets), visit period

and hotel shall be determined by the Assistance or the Insurer;

3.2.3. Staying of the Insured Person abroad, if due to a sudden disease or accident his/her departure has to be organized later, if it is prescribed by the physician (indemnity shall include the cost of staying at a hotel no longer than 4 days, priced under 50 USD or Euro per day). The Insurer shall reserve the right to use the unused return ticket of the Insured Person;

3.2.4. Evacuation of the Insured Person's children up to 14 years old, who remained unattended in case of a hard disease or death of the Insured Person. The vehicle type for the child to travel shall be determined by the Assistance. The Insurer shall reserve the right to use the unused return tickets of the Insured Person;

3.3. Program C (PRESTIGE)

In addition to the expenses indemnified under Programs A and B, the following expenses shall be indemnified:

3.3.1. Organization of search and return of luggage lost by a registered transport company. The Insurer shall not indemnify if the Insured Person did not notify the law-enforcement bodies or the transport company of the fact of loss of the luggage within 24 hours from the moment of discovery of the fact of loss;

3.3.2. Organization of urgent notification transfer;

3.3.3. Granting a possibility to approach an advocate;

3.3.4. Granting assistance if a case on defence of Insured Person's rights is open;

3.3.5. Organization of advocate services (without payment for services) in administrative processes (except for the cases of violation of tax, labour, criminal legislation).

3.3.6. Granting assistance in case of documents replacement if they are lost or stolen (up to 200 USD or Euro).

3.4. Program D (PRESTIGE AUTO)

In addition to the expenses reimbursed under Programs A, B and C, the following expenses shall be indemnified:

3.4.1. Organization of the Insured Person's transportation to the place of destination, only in European countries, in case the Insured Person's car cannot be used due to its breakdown or road accident, or in case the Insured Person-driver is not able to drive the car on medical indications during staying outside Ukraine;

3.4.2. Providing and payment for another driver's services in case of a sudden disease of the Insured Person-driver or in case of his/her health impairment due to an accident.

4. EXPENSES NOT INDEMNIFIED BY THE INSURER

4.1. The Insurer shall not reimburse expenses for provided services in the following cases:
4.1.1. The Insured Person's refusal from examination and treatment, that were organised by the Assistance, due to occurrence of the insured event, failure to comply with doctor's and medical personnel prescriptions, failure to comply with the medical treatment and internal

regulations of the healthcare facility, all recommendations given by the Assistance;

4.1.2. If the Insured Person or person representing the Insured Person did not notify or untimely notified the Assistance (according to Clause 5.3 of the Agreement) about the insurance event and expenses incurred and did not agree those expenses with the Assistance;

4.1.3. If the Insured did not notify the Insurer about the high level insurance risk;

4.1.4. Evacuation or transportation from one medical institution to another carried out by a person other than the Assistance (or without prior agreement with the Assistance);

4.1.5. If in the actions of the Insured Person resulted in inflicting damage to his/her health, the investigating authorities or court discovered signs of intentional crime or hooliganism, resulted in administrative or criminal responsibility;

4.1.6. If the cause of the insurance event was the Insured Person's going in for sports (professional, amateur or winter), employment, studying or the Insured Person's age exceeds 60 years, except for cases of a rated up premium, about which there must be a special mark in the Agreement;

4.1.7. Injury or disease of the Insured Person as a result of a road accident happened during driving by the Insured Person any combustion or electric engine vehicle or that without engine being affected by alcohol, drug (psychotropic) or toxic substances, or not having a proper driving license. The same consequences shall have effect on the Insured Person if he/she passes the vehicle to be driven by other person affected by alcohol, drug or toxic (psychotropic) substances, or not having a proper driving license;

4.1.8. The Insured Person's suicide or suicide attempt, intended hurt to himself/herself irrespective his/her state of mind;

4.1.9. Infliction of damage to the Insured Person's health connected with natural disasters, terrorist attacks by other persons and hostility, riots in the visited country, radiation exposure or any atomic energy exposure;

4.1.10. If the necessity of rendering medical assistance arose as a result of the Insured Person's use of alcohol, drugs (psychotropic) or toxic substances not prescribed by a physician;

4.1.11. If charges related to pregnancy, childbirths or terminating pregnancy, excluding cases when it is caused by a sudden disease or accident occurred during period of validity of the Agreement;

4.1.12. If expenses are connected to treatment of chronic diseases, their relapse or complication, if the Insured Person has suffered from these diseases prior to entering into the Agreement (including dental diseases), except for cases of rendering assistance necessary for elimination of the Insured Person's life threat and acute pain relief;

4.1.13. If occurrence (including a fact of occurring) of the insurance event cannot be confirmed by appropriate documents;

4.1.14. If expenses are connected to pathological bone fractures due to corporal defects or chronic diseases congenital or acquired prior to the Agreement became valid, expenses connected with treatment or diagnostics of congenital diseases or their consequences;

4.1.15. Prosthodontic and dental treatment, except for acute dental assistance necessary to relieve the pain – within the expense limits specified in the corresponding chosen programme;

4.1.16. Purchase, repair or payment for rent of auxiliaries (spectacles, earphones, various prosthetic devices, crutches, chairs and others);

4.1.17. Purchase of medicines and medical devices not prescribed by the physician;

4.1.18. If expenses connected with diagnostics and treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV;

4.1.19. Non-traditional treatment or treatment performed by a medical institution or person not having the appropriate license (diploma);

4.1.20. If expenses are connected to rehabilitation and physiotherapy;

4.1.21. If expenses are connected to providing additional comfort not related to treatment process;

4.1.22. Thermal burns of the first degree;

4.1.23. If event or its consequences occurred out of territory of the Agreement and/or out of period of validity of the Agreement;

4.1.24. Epilepsies (except for first medical aid);

4.1.25. If expenses are connected to diseases or states of skin and its appendages of any etiology (psoriasis, eczema, atopic dermatitis, alopecia, dyshidria, acne illness, acne, vitiligo, rosacea, seborrhoea etc.), except for primary consultation by dermatologist;

4.1.26. If expenses are connected to keeping pregnancy and births, diagnostics and treatment of pregnancy complications, births, post-natal state (except for first medical aid, including help in case of an extra-uterine pregnancy), leadthrough of untraditional births (in water, at home, sitting etc.); operations on the artificial pregnancy breaking, vacuum adjusting, excluding pregnancy interruption under medical conclusion and extra-uterine pregnancy;

4.1.27. If expenses are connected to the plastic, reconstructing (including stenting and by-passing), correcting and cosmetic operations; organs or fabrics transplantation, marrow transplantation;

4.1.28. If expenses are connected to usage of laser technology treatment and correction;

4.1.29. If expenses are connected to the allergic diseases and states (vasculomotor rhinitis, sennoy fever, hives, bronchial asthma, asthma etc.), except for first medical aid;

4.1.30. If expenses are connected to new formation (of high quality and malignant) of any localization;

4.1.31. If expenses are connected to diagnostics and treatment of tuberculosis, diabetes, endocrine and professional diseases;

4.1.32. If expenses are connected to purchasing, setting or replacement of implants, plates, auxiliary medical devices which are used in correcting, reconstructing and plastic operations;

4.1.33. If expenses are connected to the necessity of receiving medical assistance by the Insured Person which resulted from epidemic (except epidemic of flu) and vector-borne diseases, except for first medical aid;

4.1.34. Diseases coded F00-F99 ICD-10 and: demyelinating diseases, multiple sclerosis, dystrophic and degenerative diseases of the nervous system, schizophrenia, personality disorder, sleep disorders, epilepsy (except for emergency care), psychological problems (psychopathy, neuroses, speech disorders); visits to: a speech therapist, psychologist, psychoanalyst, psychotherapist;

4.1.35. Extracorporeal therapies including hemodialysis, plasmapheresis, colon hydrotherapy, laser therapy, cryotherapy, autohemotherapy, ozone therapy; hyperbaric and normobaric oxygenation, hypoxotherapy.

4.1.36. Violation of safety rules, fire safety rules, road traffic rules by the Insured Person.

5. ACTIONS OF THE INSURED PERSON IN CASE OF THE INSURANCE EVENT OCCURRENCE AND INDEMNITY PAYMENT PROCEDURE

5.1. On an insurance event occurrence (sudden disease, accident or other sudden and unpredictable event), the Insured Person or his/her authorized person must immediately, irrespective his/her location and time of day, prior to applying to medical or other service specified in this Agreement, apply for assistance at any time by one of the Insurer Assistance's phone numbers specified in this Agreement, except for unexpected and extraordinary circumstances, and provide the following information:

- his/her name;
- Agreement's number and its validity period;
- his/her location in the visited country (address of the hospital, hotel);
- contact phone number, fax;
- insurance company name;
- detailed description of the problem arisen and kind of services necessary;
- information about the physician visited, if possible.

Within this clause of the Agreement, the following shall be deemed unexpected and extraordinary circumstances:

- absence of operating communication facilities at the location or within the Insured's (Insured Person's) possible reach;
- unconscious state of the Insured Person or other acute health state that objectively does not allow to apply to the Assistance (or organize it).

5.2. If it is impossible to contact the Assistance, it shall be necessary to contact the Insurer

by the phone number specified in the Agreement.

5.3. In case of the Insured Person's physical inability to contact the dispatch centre of the Assistance or the Insurer immediately prior to applying to a physician or hospitalization, the Insured Person or his/her accompanying person must as soon as possible, but no longer than in 48 hours from occurrence of insurance event, inform (by phone, sending a fax) the dispatch centre of the Assistance or charge another person to do it.

5.4. If the Insured Person paid for services at his/her own cost in the visited country without having agreed it with the Assistance (or the Insurer), the Insurer shall reimburse these expenses to the Insured Person after his/her returning to Ukraine, but within the amount not exceeding 100 USD or Euro.

5.5. The reimbursement shall be made in monetary units of Ukraine at the National Bank of Ukraine's currency rate at the date of the insurance event. To obtain the indemnity, the Insured Person shall have the right to apply to the Insurer within 30 days from the date of returning from abroad with presenting all required documents (Clause 6.2 of this Agreement). Decision to pay indemnity or refuse in it shall be taken by the Insurer within 10 (ten) working days starting from the date of receiving by the Insurer all required documents and information about circumstances of insurance event occurrence and amount of loss. If decision is made to refuse in payment of indemnity, the Insurer shall be obliged to inform the Insured/Insured Person about it in written with explanation of reasons for refusal within 10 (ten) calendar days starting from date of such decision was made. If decision is made to acknowledge the event as insurance event under the Agreement, payment of indemnity shall be made within 10 (ten) working days starting from the date of the Insurer's approval of decision to pay indemnity which is confirmed by forming and approval of Insurance Act.

5.6. In case of untimely indemnity payment the Insurer shall be obliged to pay to the Insured (Insured Person) a fee in the amount of 1/365 of the double registration rate of the National Bank of Ukraine which was valid during period of delay of indemnity, of sum of indemnity according to Insurance Act, for each day of groundless delay of indemnity, but not exceeding 10% of the debt amount.

6. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE INSURANCE EVENT OCCURRENCE AND AMOUNT OF EXPENSES

6.1. In case the Insured used medical and other services organized by the Assistance, payment for the services rendered to the Insured Person shall be performed by the Assistance. The corresponding foreign institution that rendered assistance shall send the invoice for services it provided and other documents immediately to the Assistance. The Insurer shall pay indemnity by way of reimbursing expenses of the Assistance on insurance event settlement under the procedure and within the period specified in respective

agreement between the Insurer and the Assistance.

6.2. If the Insured Person paid for medical and other services at his/her own account provided such expenses were agreed with Assistance or the Insurer in advance, within the limits specified in the Agreement, the Insurer shall reimburse these expenses to him/her on the basis of a written application filed to the Insurer within 30 days from the date of returning to the territory of Ukraine. To indemnify the expenses for services specified in this Agreement incurred by the Insured Person at his/her own account, the following shall be produced to the Insurer:

6.2.1. an application for obtaining indemnity;

6.2.2. the original of the Agreement (original of the Insured);

6.2.3. originals of medical documents comprising information on the diagnosis, state of health of the Insured Person at the moment of applying for medical assistance and during performing medical manipulations or medical documents concerning the accident;

6.2.4. official report or certificate confirming the fact of the accident or injure and occurrence circumstances;

6.2.5. police report describing the road accident circumstances and technical state of the car after the road accident and certifying the fact that without repairing further use of this vehicle is objectively impossible;

6.2.6. at the Insurer's request, the Insured Person shall be obliged to produce additional necessary information on his/her health state. The Insurer shall also have the right to request independently the medical documentation necessary for settling a question regarding payment of the indemnity in any medical or other institutions;

6.2.7. at the Insurer's request, the Insured Person shall be obliged to present his/her foreign passport and its copy with the border control marks of crossing the State border of Ukraine;

6.2.8. a certificate-invoice from a medical institution (on a letterhead or with the appropriate stamp) in which the following shall be specified: the patient's name, exact diagnosis, date of applying for medical assistance, treatment duration, list of services rendered split to their dates and cost, total sum payable;

6.2.9. prescriptions written out by the attending physician in connection with this disease for purchase medicines, payment documents or sales drafts from a drug store and specified cost of each medicine;

6.2.10. appointment for laboratory examinations connected to the disease specifying names and cost of the services rendered;

6.2.11. documents certifying the fact of payment for treatment, medicines, legal, technical and other services (payment acquittance, bank receipt with the stated transfer amount and others);

6.2.12. detailed accounts for other services which could be indemnified under terms and the conditions of the Agreement;

6.2.13. original telephone bills for telephone conversations with the Insurer or the Assistance, in which the phone number and cost of each conversation are mentioned;

6.2.14. other necessary documents certifying the fact of the insurance event occurrence and amount of related expenses;

6.3. In case of death of the Insured Person, self-paid expenses on previously confirmed by the Assistance or the Insurer medical and other services provided to the Insured person, shall be reimbursed to the Beneficiary (the Insured Person's legal successor) within limits, stated by this Contract based on a written application provided to the Insurer during 30 days after repatriation of the Insured Person to Ukraine. For reimbursement of self-paid expenses on services covered by this Contract the following documents shall be provided to the Insurer with the documents stated in clause 6.2. of the Contract:

6.3.1. a copy of the certificate of the Insured Person's death;

6.3.2. a copy of the passport and of the certificate of taxpayer registration number assignment or of the taxpayer ID number of the Beneficiary;

6.3.3. a document confirming the succession right for the insurance indemnity (for the successor).

6.4. All documents must be written legibly or printed on letterheads and have appropriate seals and signatures as well as the name and contact telephone number of the issuing organization.

6.5. at the Insurer's request, the Insured Person shall be obliged to present Ukrainian or Russian translation of the documentation related to the insurance event.

CONDITIONS OF VOLUNTARY ACCIDENT INSURANCE DURING TRAVEL

7. AGREEMENT SUBJECT

7.1. The Agreement's subject shall be property interests which do not contradict to legislation of Ukraine connected to causing damage to life, health and ability to work of the Insured Person.

8. INSURANCE RISKS AND INSURANCE EVENTS

8.1. Insurance risk is a certain event for which insurance is made and which has signs of probability and occasionally of occurrence (accident).

8.2. Under accident shall be understood a sudden, accidental, short-term event not depending on the Insured's (Insured Person's) or Beneficiary's will, actually occurred and resulted in impairment of the Insured Person's health state followed to damage to fabrics of organism of the Insured Person with violation of their integrity and functions, deformation and violation of locomotorium (injuries, burns, accidental acute toxic plant poisoning,

chemicals (industrial or household) poisoning, poor-quality food poisoning, except for bacterial food poisoning (dysentery), medicament poisoning; falling ill with tick-borne encephalitis (encephalomyelitis) or poliomyelitis; organ ruptures (injury of organs or their removal as a result of erroneous medical manipulations) or in the Insured Person's death. There shall be stated a causal connection between the accident and the Insured Person's health impairment (loss of ability to work) or death.

8.3. The insurance events under the Agreement shall be:

8.3.1. death of the Insured Person as a result of an accident;

8.3.2. permanent loss of ability to work (setting disability group) of the Insured Person as a result of an accident;

8.4. The above-mentioned events shall be considered insurance events if they occurred during period of validity of the Agreement and are confirmed with the documents legally issued by medical institutions, authorized bodies, court etc. in a country of the Insured Person's staying.

8.5. The events mentioned in Clause 8.3 of the Agreement shall not be insurance events, if they happened due to:

8.5.1. Driving by the Insured/Insured Person any vehicle being affected by alcohol, drug or toxic (psychotropic) substances, or if the Insured/Insured Person passes the vehicle to be driven by other person affected by alcohol, drug or toxic (psychotropic) substances, or not having a proper driving license;

8.5.2. The Insured Person's suicide or suicide attempt, excluding the cases when the Insured Person was driven to such state by third party unlawful acts;

8.5.3. Intentional causing bodily injuries by the Insured Person to himself/herself;

8.5.4. Violation of safety rules, fire safety rules, road traffic rules by the Insured Person;

8.5.5. Diseases, including professional diseases;

8.5.6. Diagnostic, medical treatment measures (including injections), if they were not connected to treatment done as a result of accident;

8.5.7. Self-treatment by the Insured Person;

8.5.8. Causing or attempting to cause unlawful acts by the Insured Person;

8.5.9. Actions by the Insured/Insured Person under the influence of alcohol, drug, toxic or psychotropic substances;

8.5.10. Acts of God (natural catastrophes, natural disaster, nuclear explosion, influence of radiation or radioactive contamination, war, war actions of any nature, extraordinary state proclaimed by authorized power organ, revolution, revolt, rebellion, civil commotions, strike). Fact of Acts of God's occurrence and confirmation of their action shall be made in accordance with legislation of the country where the Insured/Insured Person stayed at the moment of Act of God's occurrence.

8.5.11. Other circumstances/events stipulated by the Clause 18.1 of the Agreement.

9. ACTIONS OF THE INSURED / INSURED PERSON IN CASE OF INSURANCE EVENT OCCURRENCE

9.1. After event occurrence that has signs of insurance event under the Agreement, the Insured (his/her representative, the Insured Person) must notify respective competent bodies (medical institutions, police office, fire office, extraordinary services etc.) to fix the fact of the event;

9.2. After event occurrence that has signs of insurance event under the Agreement, the Insured (his/her representative, the Insured Person) must notify the Insurer (Asistance) within 48 hours from the moment of event occurrence about such event by any communication means that allows to fix notification as a fact (date and time of notification).

9.3. The Insured (his/her representative, the Insured Person) must collect and provide the Insurer with all documents required for proving event as insurance event and making indemnity payment (Clause 10.1 of the Agreement).

10. PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE INDEMNITY PAYMENT

10.1. To obtain indemnity, the following documents shall be submitted to the Insurer:

10.1.1. by the Insured Person (if the Insured Person is underaged – his/her parents or guardian) in case of the insurance event occurrence specified in Clauses 8.3.2 of the Agreement:

- an application for obtaining indemnity;
- the original of the Agreement (original of the Insured);
- documents confirming the fact of the insurance event occurrence (opinion on the determined degree of disability issued by an appropriate institution authorized by the legislation in force of the country where the Insured Person stays);
- document proving the Insured Person's identity;
- tax identification code (registration number of tax payer certificate).

10.1.2. by the Beneficiary (the Insured Person's legal successor) in case of the insurance event occurrence specified in Clause 8.3.1 of the Agreement:

- application for indemnity;
- the original of the Agreement (original of the Insured);
- a copy of the certificate of the Insured Person's death;
- a copy of the passport and of the certificate of taxpayer registration number assignment or of the taxpayer ID number of the Beneficiary;
- a document confirming the succession right for the insurance indemnity (for the successor).

10.2. After obtaining all documents specified in Clause 10.1 of the Agreement, the Insurer shall make payment of indemnity in compliance with Clause 10.3., 10.4. of the Agreement.

10.3. The total sum of payments to each Insured Person for one or several events cannot exceed the limit of sum insured for this Insured Person specified by the Agreement.

10.4. In case of the insurance event occurrence, the amount of indemnity shall be determined under the following procedure:

10.4.1. On the insurance event occurrence specified in Clause 8.3.2 of this Agreement:

- Degree 1 disability — 100% of sum insured;
- Degree 2 disability — 70% of sum insured;
- Degree 3 disability — 50% of sum insured.

10.4.2. On the insurance event occurrence specified in Clause 8.3.1 of this Agreement — 100% of sum insured.

10.5. The Insurer shall pay respective indemnity in cash through its pay office or via bank transfer to the Insured/Insured Person banking account in accordance with the wish of the Insurer/Insured Person that shall be stated in the application for obtaining indemnity.

10.6. Decision to pay indemnity or refuse in it shall be taken by the Insurer within 10 (ten) working days starting from the date of receiving by the Insurer all required documents and information about circumstances of insurance event occurrence. If decision is made to refuse in payment of indemnity, the Insurer shall be obliged to inform the Insured/Insured Person/Beneficiary about it in written with explanation of reasons for refusal within 10 (ten) calendar days starting from date of such decision was made. If decision is made to acknowledge the event as insurance event under the Agreement, payment of indemnity shall be made within 10 (ten) working days starting from the date of the Insurer's approval of Insurance Act.

10.7. In case of untimely insurance indemnity payment the Insurer shall be obliged to pay to the Insured (the Insured Person) a fee in the amount of 1/365 of the double registration rate of the National Bank of Ukraine which was valid during period of delay of indemnity, of sum of indemnity according to Insurance Act, for each day of groundless delay of indemnity, but not exceeding 10% of the debt amount.

CONDITIONS OF VOLUNTARY LUGGAGE INSURANCE DURING TRAVEL

11. AGREEMENT SUBJECT

11.1. The Agreement's subject shall be property interests of the Insured related to ownership, use and disposal of the Insured/Insured Person's luggage transported during travel.

12. INSURANCE RISKS AND INSURANCE EVENTS

12.1. Insurance risk is a certain event for which insurance is made and which has signs of probability and occasionality of occurrence.

12.2. Insurance events under the Agreement shall be considered events occurred during period of validity of the Agreement and stipulated by Clause 12.3 of the Agreement.

12.3. The following shall be indemnified under the Agreement:

12.3.1. losses of the Insured/Insured Person due to damage to or total loss of all or a part of the luggage occurred as a result of any reason, except for events stipulated in Clause

13 of this Agreement.

12.4. These conditions of luggage insurance shall cover all luggage of the Insured/Insured Person, except for items listed in Clause 13.2 of this Agreement.

12.5. The Insurer shall indemnify damage incurred as a result of a loss, destroy or partial damage to the luggage that was registered and transferred to the carrier's responsibility.

13. EXCLUSIONS FOR INSURANCE EVENTS AND INSURANCE RESTRICTIONS

13.1. The damage that occurred as a result of the following shall not be indemnified:

13.1.1. the Insured/Insured Person's intentional acts or gross negligence or violation of the established rules of luggage transportation, sending and keeping;

13.1.2. all kinds of hostilities or military activities and their consequences, damage or elimination of luggage by mines, torpedoes and other instruments of war, piratic actions; strikes, civil commotions, lock-outs; confiscation, requisition, arrest or elimination of luggage or transport vehicle, with luggage, prohibition of movement or detention or their consequences on request of military or civil authorities; terrorism and any sort of terrorist actions;

13.1.3. direct or indirect influence of nuclear explosion; radiation or nuclear contamination;

13.1.4. the influence of usual temperature fluctuations, bilge air or peculiarities or natural properties of the luggage, internal spoilage, acquisition of smells, withering, fermentation, rotting, corrosion etc., defects and/or other failings in luggage at the moment of commencing insurance protection;

13.1.5. improper packing (corking) or sending the luggage in damaged state that was transferred to the carrier's responsibility;

13.1.6. fire or explosion or spontaneous combustion as a result of keeping in luggage, with the knowledge of the Insured or its representative or the Insured Person but without the knowledge of the Insurer, self- or easy combustible or explosive substances;

13.1.7. shortage of things in the luggage transferred to the carrier's responsibility;

13.1.8. damage of the luggage by worms, rodents and insects;

13.1.9. delay in luggage delivery;

13.1.10. the Insured's/Insured Person's omission to take reasonable and affordable steps to prevent or reduce the volume of potential losses.

13.2. The Agreement shall not cover:

13.2.1. furs, jewellery and decorations, (handheld) portable audio-, photo-, cinema-, video-, computing and software systems, printing devices, etc., any its accessories if their cost exceeds the amount in the national currency of Ukraine equivalent to 50 Euro per each object according to the National Bank of Ukraine exchange rate at the date of entering into the Agreement, and these objects were not declared during the customs border passage and transferred to the carrier's responsibility;

13.2.2. money, values, securities;

- 13.2.3. precious metal ingots, precious and semiprecious stones without mounting;
- 13.2.4. antiquarian and unique articles, art items and collection items;
- 13.2.5. tickets, passports and documents of any kind, slides, photographic pictures, film prints;
- 13.2.6. manuscripts, plans, schemes, designs, models, commercial papers;
- 13.2.7. prosthetic devices of any kind, contact lenses;
- 13.2.8. wrist-watches and pocket watches;
- 13.2.9. animals, plants and seeds;
- 13.2.10. auto-, moto- and bicycle vehicles, air and water vessels, as well as spare parts for them;
- 13.2.11. religious cult items.
- 13.3. At the same time the following shall be considered as:
 - 13.3.1. collections – a set of any similar objects (postal stamps, calendars, badges, plants and others) that are of scientific, historical, artistic interest or collected for amateur purposes;
 - 13.3.2. unique – the only one of their kind, exclusive in their properties works of art or those of great rarity;
 - 13.3.3. antiquarian – antique objects which have a great artistic or another value;
 - 13.3.4. spare parts – any components, spares, parts and accessories of vehicles, machineries, electronic devices.
- 13.4. The Agreement shall not cover:
 - 13.4.1. losses or expenses caused by the delay in delivery or by special or natural properties of the insured luggage, common wear and tear, natural impairment of quality, mould;
 - 13.4.2. electrical or mechanical defects in audio or video equipment and other similar items in the luggage;
 - 13.4.3. breakage or damage of faience, porcelain and glass items, musical instruments and other fragile items in the luggage;
 - 13.4.4. loss inflicted by acids, paints, aerosols, drugs and any liquids transported in the luggage, as well as consumables.
- 13.5. The Insurer shall have the right to refuse to repay the insurance indemnity if officials of the respective institutions, organizations and companies were not notified about the losses occurred as a result of a loss, full or partial damage to luggage within 24 hours from the moment of its discovery as stipulated by the Agreement.

14. THE INSURED / INSURED PERSON'S ACTIONS IN CASE OF THE INSURANCE EVENT OCCURRENCE

In case of the insurance event occurrence the Insured (Insured Person) must:

- 14.1. Within 24 hours from the moment of discovery of the fact of loss or total or partial damage to luggage inform:
 - the carrier's officials if the luggage was registered and transferred to the carrier's responsibility;

- 14.2. Take steps to obtain certificates and other documents from the mentioned institutions.
- 14.3. Notify the Insurer or the Assistance about the fact of event occurrence during 24 hours after the event happened and follow their instructions.
- 14.4. Take all possible measures to avoid or decrease losses. Reasonable expenses borne by the Insured/Insured Person and aimed at avoiding or decreasing loss shall be compensated by the Insurer during indemnity of main losses.

15. THE LIST OF DOCUMENTS CERTIFYING THE INSURANCE EVENT OCCURRENCE AND AMOUNT OF LOSSES

15.1. The Insurer shall pay indemnity on the basis of respective the Insured Person's (Insured's) application. The application shall contain the nature and circumstances of the insurance event, organisation that formed the traveller group (in case the travel was organised by a travel company), date of departure and other information that is of substantial importance for determination of the insurance event circumstances and amount of the inflicted damage. The following must be added to the application:

- 15.1.1. information about luggage that was lost or damaged;
- 15.1.2. the list of luggage pieces that in fact were lost, destroyed or partially damaged with indication of its value;
- 15.1.3. the original of the Agreement (original of the Insured).
- 15.2. In addition to the documents listed above the following documents should be presented confirming the fact of the insurance event occurrence:
 - 15.2.1. If luggage was registered and transferred to the carrier's responsibility:
 - 15.2.1.1. the ticket on the basis of which the Insured Person was in the vehicle;
 - 15.2.1.2. luggage ticket (talon, PIR, luggage identification tag) certifying the fact of registration and transfer of luggage to the carrier's responsibility;
 - 15.2.1.3. copy of application on loss, total or partial damage to luggage submitted to the carrier, with the carrier's note about receipt of the application;
 - 15.2.1.4. the document certifying the total or partial damage to luggage (the Certificate of damage during transportation), drawn up with participation of the carrier's officials;
 - 15.2.1.5. copy of the carrier's decision of acknowledgement of the luggage as irrevocably lost (in case of a loss of luggage) after performing a search procedure approved by the carrier;
 - 15.2.1.6. copy of the carrier's claim committee decision about the approval or the refusal to compensate loss, in case of total or partial damage to luggage.
 - 15.2.1.7. customs declaration for written declaration of goods being transported through Ukrainian customs border by individuals for individual, family and other needs, not related to business activities/customs declaration of the departure country.
- 15.3. At the Insurer's request, the Insured Person shall be obliged to present a copy of foreign passport with marks of board control proving crossing State Board of Ukraine.

15.4. The Insurer shall have the right to require from the Insured/Insured Person presentation of other documents not stipulated by this Section provided they are necessary to pay indemnity for losses of the Insured/Insured Person. Obtaining and presenting these documents are duty of the Insured/Insured Person.

15.5. The application and insurance indemnity documents must be submitted to the Insurer within 30 (thirty) calendar days from the date of event occurrence that has signs of insurance event.

15.6. The calculation of loss amount shall be performed for each object (piece of luggage) separately. The Insurer's liability limit regarding the luggage shall not exceed the amount equivalent to 300 Euro per one piece of luggage in the national currency of Ukraine according to the National Bank of Ukraine exchange rate at the date of the calculation of the loss amount. The loss amount shall be calculated on the basis of actual value of luggage items on the date the Agreement was concluded.

15.6.1. If the luggage has been declared during customs border passage the amount of loss shall be performed based on the value of luggage provided in the declaration except for the compensation made by the carrier;

15.6.2. If the luggage has not been declared during customs border passage the amount of loss shall be performed based on luggage weight recorded by the carrier during luggage registration in the amount of EUR 8.00 per 1 kg within the limit of EUR 300.00 per one luggage piece except for the compensation made by the carrier in Ukrainian national currency as at the exchange rate provided by NBU at the date of loss estimation.

16. PROCEDURE AND CONDITIONS OF THE INSURANCE INDEMNITY PAYMENT

16.1. The overall amount of all indemnity payments shall not exceed the sum insured stipulated by the Agreement.

16.2. If the damaged item of the luggage can be repaired for the further usage, the amount of the indemnity shall be considered the cost of repair of such item. If the cost of repair exceeds the cost of the item and the liability limit for a certain item of luggage stipulated by the Agreement, the indemnity shall be paid within the bounds of the item's cost and limits stipulated by the Agreement.

16.3. If the stolen item was returned to the Insured / Insured Person, he/she must return to the Insurer the indemnity paid net of the repair cost connected with the insurance event or putting the returned item in order. The Insured / Insured Person must return the mentioned indemnity no later than 15 calendar days following the date of returning to him/her the stolen luggage.

16.4. The insurance indemnity shall not be paid if the Insured / Insured Person received compensation for lost or damaged luggage from third persons who are guilty in causing loss. In case of partial indemnity of losses, the Insurer shall pay the difference (if available) between the amount which should be indemnified and the amount compensated by third persons. If the

third persons' indemnity took place after the Insurer's payment of the insurance indemnity, the Insured / Insured Person shall be obliged to return to the Insurer the respective amount within 30 (thirty) calendar days. The indemnity shall be paid in the currency stipulated by the Agreement, if otherwise provided by the legislation of Ukraine.

16.5. The Insurer shall have the right to postpone the payment of indemnity in the following cases:
16.5.1. if it doubts whether the Insured's/Insured Person's right to obtain indemnity are legal – before the Insured has produced the necessary evidences;

16.5.2. if the relevant authorities are making an inquiry against the Insured/Insured Person or if the Insurer is investigating circumstances of insurance event— as long as investigation is in progress.

16.6. Decision to pay indemnity or refuse in it shall be taken by the Insurer within 10 (ten) working days starting from the date of receiving by the Insurer all required documents and information about circumstances of insurance event occurrence. If decision is made to refuse in payment of indemnity, the Insurer shall be obliged to inform the Insured / Insured Person about it in written with explanation of reasons for refusal within 10 (ten) calendar days starting from date of such decision was made. If decision is made to acknowledge the event as insurance event under the Agreement, payment of indemnity shall be made within 10 (ten) working days starting from the date of the Insurer's approval of Insurance Act.

16.7. In case of untimely insurance indemnity payment the Insurer shall be obliged to pay to the Insured (the Insured Person) a fee in the amount of 1/365 of the double registration rate of the National Bank of Ukraine which was valid during period of delay of indemnity, of sum of indemnity according to Insurance Act, for each day of groundless delay of indemnity, but not exceeding 10% of the debt amount.

GENERAL PROVISIONS

17. THE RIGHTS AND DUTIES OF THE PARTIES TO THE INSURANCE AGREEMENT

17.1. The Insurer shall be obliged:

17.1.1. to inform the Insured about the conditions and the Regulations of insurance;

17.1.2. to take steps to draw up all documents necessary for timely payment of the insurance indemnity within two working days from the date of receipt of an insurance event occurrence notification;

17.1.3. to keep the Insured's information and his property status in secret except for the cases stipulated by the legislation of Ukraine currently in force;

17.1.4. to conclude the Agreement with other conditions if the Insured made measures aimed at decreasing insurance risk;

17.1.5. to pay indemnity within term stipulated by the Agreement in case of insurance event occurrence;

17.1.6. to reimburse expenses borne by the Insured/Insurance Person in case insurance event occurrence connected to avoiding or decreasing losses subject to terms and conditions of the Agreement.

17.2. The Insurer shall have the right:

17.2.1. to enquire, as appropriate, information related to the insurance event from medical institutions, law-enforceable, other enterprises, institutions and organisations possessing the information about the insurance event circumstances, to find out the reasons and circumstances of the insurance event occurrence independently, to check all the related documents and information, to make insurance investigations of circumstances if insurance event;

17.2.2. to appoint, as appropriate, a medical board to perform the Insured's examination, as well as other examinations (research) regarding the insurance event;

17.2.3. to make photography, audio and videotape recording of all actions and conversations related to fulfilment of the Agreement by the parties;

17.2.4. to find all required information about the Insured/Insured Person related to such person and his/her insured property. When entering into the Agreement, the Insured shall release physicians of medical institutions from the confidentiality obligation to the Insurer and his/her representatives in respect of the information related to the insurance event occurred with the Insured/Insured Person;

17.2.5. not to indemnify any indirect losses to the Insured person (Insured), except cases directly stipulated by the Agreement;

17.2.6. not to indemnify the deductible if its usage is stipulated by this Agreement;

17.2.7. to refuse in payment of insurance indemnity in cases stipulated in this Agreement or by the legislation of Ukraine in force;

17.2.8. to revise terms and conditions of the Agreement if insurance risk has been changed subject to written notification to the Insured;

17.2.9. to demand from the Insured/Insured Person to return received indemnity (or its part) if lost luggage was returned to the Insured/Insured Person in not damaged or partially damaged state.

17.3. The Insured shall be obliged:

17.3.1. to pay the insurance premium stated in this Agreement;

17.3.2. when entering into the Agreement, to submit the information about all circumstances known to him/her, which is of essential importance for the insurance risk valuation, as the Insurer requests, and in further to inform the Insurer about any change of insurance risk. The following shall be considered as change of insurance risk: breaking fire or technical safety rules etc., failure to fulfil recommendations and recipes of medical institution or Assistance etc.;

17.3.3. to notify the Insurer about the insurance event occurrence in terms and conditions stipulated by this Agreement;

17.3.4. to carry out instructions of the Insurer or Assistance or their representatives regarding the procedure of obtaining necessary medical and other assistance;

17.3.5. when entering the Agreement to inform the Insurer about other valid insurance agreements related to subject of the Agreement;

17.3.6. to make all reasonable and possible measures to prevent or decrease amount of loss occurred as a result of insurance event under the Agreement;

17.3.7. to agree with the Insurer or the Assistance all actions related to the insurance event;

17.3.8. Obtain from Insured Persons consent to their insurance hereunder;

17.3.9. Notify the Insured Persons about their rights and obligations under this Contract and Regulations.

17.4. The Insured (Insured Person) shall have the right:

17.4.1. to challenge in a judicial procedure the Insurer's refusal to pay the insurance indemnity;

17.4.2. in case of the insurance event occurrence to turn to the Insurer for instructions as to obtaining the assistance necessary;

17.4.3. to receive insurance indemnity in cases, amounts and under the procedure stipulated by this Agreement.

17.5. The Insurer and the Insured, in addition to mentioned above, have other rights and obligations stipulated by the Agreement, Regulations of insurance of the Insurer and provisions of the legislation of Ukraine currently in force.

17.6. In case of event occurrence that has signs of insurance event according to terms and conditions of the Agreement, the Insured Person shall have the same obligations that the Insured has under the Agreement. When entering the Agreement to the benefit of the Insured Person, the Insurer, entering into the Agreement, shall guarantee that he/she has received consent of the Insured Person for insurance and inform the Insured Person about obligations prescribed by the Agreement.

18. THE REASONS FOR REFUSAL TO PAY THE INSURANCE INDEMNITY

18.1. The Insurer shall have the right to refuse to pay the insurance indemnity in cases directly stipulated by the Agreement, Regulations of insurance or provisions of legislation of Ukraine currently in force.

18.1. The reasons for refusal in payment of indemnity under the Agreement shall be:

18.1.1. deliberate actions of the Insured or the person, in favour of which the Agreement was executed (the Insured Person), directed to causing the insurance event. The mentioned provision shall not be applied to actions connected with execution of their civil or official duties, necessary defence (without exceeding its limits) or protection of their property, life, health, honour, dignity and business reputation. The qualification of actions of the Insured or the Insured Person shall be performed under the legislation of Ukraine currently in force.

18.1.2. commission by the Insured – physical person or the Insured Person a deliberate crime resulted in the insurance event occurrence.

18.1.3. submission by the Insured/Insured Person deliberately false information about himself/herself or the Insured Person or vice versa, including information about state of health; term and circumstances of insurance event occurrence; level and amount of sustained harm (losses); presenting documents which contain untruthful information etc.;

18.1.4. untimely notification without good reasons by the Insurer/Insured Person about the insurance event occurrence or obstruction made by the Insured preventing from establishing the circumstances, nature and extent of losses;

18.1.5. the Insured omitted to notify about the higher level of the insurance risk;

18.1.6. the Insured (Insured person) obtained an appropriate loss indemnity from a person responsible for inflicting this loss (causing harm);

18.1.7. the Insured/Insured Person omitted to submit documents and information necessary to establish the reasons of the insurance event occurrence and extent of loss;

18.1.8. the Insured hinders the Insurer in investigation of reasons and/or circumstances of insurance event occurrence or calculation of amount of loss (sustained harm), including failure to provide or provide out of time limit information and/or documents;

18.1.9. provision of untruthful information on itself or the Insured Persons by the Insured during the Agreement conclusion;

18.1.10. Other cases stipulated by the legislation of Ukraine or Regulations of insurance of the Insurer.

18.2. The Insurer's refusal to pay the insurance indemnity can be challenged by the Insured in a judicial procedure.

19. DISPUTES CONSIDERATION

19.1. All disputable issues regarding the Agreement shall be settled by way of negotiations;

19.2. Disputes related to insurance that cannot be settled by way of negotiations shall be settled under the procedure stipulated by the legislation of Ukraine in force.

20. THE PROCEDURE OF DRAWING UP, AMENDING AND TERMINATING THE AGREEMENT. THE VALIDITY PERIOD AND TERRITORY OF THE AGREEMENT.

20.1. The Agreement shall be entered into on the basis application of the Insured. The Agreement cannot be concluded in relation to the persons the age of whom on the date of conclusion of the Agreement from 75 full years. The Agreement concluded in relation to such person shall be recognized by the Insurer and the Insured invalid since the date of its conclusion.

During concluding the Agreement the Insured shall be obliged to provide the Insurer with the following information related to the Insured and the Insured Person:

- full name, date of birth, address of registration and address of actual residence, contact telephone;

- passport of citizen of Ukraine for travelling abroad (foreign passport) number as well as registration number of taxpayer;

- information about country of staying, character, route and term of travel abroad;

- other information at the Insurer's request which could have essential meaning for assessment of insurance risk level.

20.2. Amount of insurance premium shall be set by the Insurer depending on amount of sum insured, validity period of the Agreement and other terms of insurance taking into account decreasing (increasing) coefficients.

20.3. The extra charge for an insurance payment shall apply in some insurance cases, severally: insurance of persons which age less than 8 full years and exceeds 60 full years at the date of concluding the Agreement, the Insured's (Insured's person's) engaging in professional or amateur sport, winter sports, extreme sports (with obligatory specification of a certain sport), employment, studying during validity period of the Agreement.

20.4. The Agreement shall be concluded for the period agreed between the Insurer and the Insured but no more than 1 (one) year. If at the date of Agreement conclusion the Insured Person has resided at the territory of Ukraine, this Agreement shall become valid in respect to such Insured Person from the moment the Insured Person passes the exit border control but no earlier than the date specified in Part II ("Specifications") as the date of Agreement commencing. If at the date of Agreement conclusion the Insured Person has not resided at the territory of Ukraine, this Agreement shall become valid in respect to such Insured Person after the moment the Insured Person secondly passes the exit border control after passing the entrance border control but no earlier than the date specified in Part II ("Specifications") as the date of Agreement commencing. At the same time, the insurance premium shall be paid no later than the date of Agreement's commencing. If the Insured made a partial payment or did not pay insurance premium within the terms stipulated by the Agreement, the Agreement shall not become valid.

20.5. The validity of the Agreement shall terminate from the moment the Insured Person passed the entry border control of Ukraine, but no later than the date specified in Part II ("Specifications") of the Agreement. In addition to this case, validity of the Agreement shall be ceased by mutual consent of the Parties as well as in case of:

20.5.1. the Insurer's execution of its obligations in full under the Agreement;

20.5.2. liquidation of the Insured - legal entity or death of the Insured - physical person or loss of his labour capacity, except for the cases stipulated by the Articles 22-24 of the Law of Ukraine «On Insurance»;

20.5.3. liquidation of the Insurer under the procedure stipulated by the legislation of Ukraine;

20.5.4. delivering a court decision on considering the Agreement invalid;

20.5.5. finishing validity period of the Agreement;

20.5.6. in other cases stipulated by the provisions of the legislation of Ukraine.

20.6. In case of multi-trip insurance (provided that this is specified in Part II ("Specification") of the Agreement and the respective insurance premium paid), the Agreement shall become valid and terminate in accordance with the provisions of Clauses 20.4 and 20.5 of this Agreement, but within the general period of staying abroad (in days) specified in the Agreement.

20.7. The Agreement may be terminated in advance at the Insurer's or Insured's request. In the case of advance termination of the Agreement any Party shall notify in written form other Party in 2 (two) working days prior to desirable date of the Agreement's termination.

20.7.1. In the case of advance termination of the Agreement on the Insurer's request, the Insured shall be repaid the insurance premium in full. In the case of Insurer's request is conditioned by the Insured's (Insured Person) failure to fulfil the Agreement's provisions, including provision of untruthful information during Agreement conclusion, the Insured shall be repaid a part of the insurance premium for the unused full days of insurance net of the administrative costs in the amount of 30% of insurance premium and indemnity actually paid.

20.7.2. The concluded Agreement may be terminated at the Insured's request prior to the date the Agreement became valid. In this case the insurance premium shall be repaid to the Insured net of administrative costs in the amount of 30% of insurance premium.

20.7.3. In the case of advance termination of the Agreement on the Insured's request he/she will be repaid a part of insurance premium for the unused full days of insurance net of the administrative costs in the amount of 30% of insurance premium and indemnity actually paid. In the case of Insured's request is conditioned by the Insurer's failure to fulfil Agreement's provisions, the Insured shall be repaid the insurance premium in full.

20.7.4. After foreign trip started validity of the Agreement cannot be terminated if the Agreement was concluded for a single trip.

20.8. Territory of insurance is one or more countries stated at the Agreement (within the respective geographical area) except for the territory of Ukraine, country of citizenship or residence of the Insured (Insured Person), areas of natural disasters and military conflicts. In terms of this Agreement the country, where the Insured Person resides more than 182 days per year shall be deemed the his/her country of residence.

20.9. After concluding the Agreement for a single trip, changes and amendments to the provisions of the Agreement can be made at the Parties' mutual consent in writing and only before the Agreement becomes valid. After the Agreement became valid, no changes and amendments shall be made to its provisions.

In case of multi-trip insurance (provided that this is specified in Part II ("Specification") of the Agreement and the respective insurance premium paid), provisions of the Agreement can be changed or amended after the Agreement became valid by mutual consent of the Parties only in written form and they shall cover foreign trips of the Insured/Insured Person which

shall happen after changes/amendments became valid.

20.10. The obligation to inform about insurance event occurrence and prove the amount of its expenses or, if required, impossibility to contact the Assistance or the Insurer shall be charged to the Insured (the Insured Person) and/or the person who provided service.

21. FINAL PROVISIONS

21.1. In the event of any differences of disagreements between the provisions of the Insurance Regulations and this Agreement the provisions of this Agreement shall prevail.

21.2. The Insured hereby acknowledges that it has read and agrees to comply with the provisions of this Agreement and Regulations;

21.3. The information contained in Article 12 of the Financial Services and State Regulation of Financial Services Act of Ukraine has been fully provided to the Insured as evidenced by entering into this Agreement;

21.4. The Insured hereby gives to the Insurer and Beneficiary its perpetual consent to processing of personal data of the Insured and Insured Persons in any manner permitted by the Personal Data Protection Act of Ukraine (hereinafter referred to as 'Act'), adding such personal data to the personal databases of the Insurer and Beneficiary, transfer and/or making available to third parties without any need to obtain the consent from the Insured/Representative. The Insurer and Beneficiary shall process personal data the adequate fulfilment of this Agreement, investigation, enforcement of the Insurer's and Beneficiary's claims and support of insurance activities in accordance with the applicable laws of Ukraine. The Insured hereby represents that the Insured Persons are aware of their rights as subjects of personal data as defined by the Act.

21.5. The Insured/Representative hereby also agrees to receive offers from the Insurer and gives consent to the same in respect of the Insured Persons, including by direct contacts and by any means of communication. The Insured/Representative/Insured Persons are aware of their rights under the Act and that their personal data will be added to the Insurer's and Beneficiary's personal databases;

21.6. The Insurer is a payer of the profit tax under part 141.1 of Article 141 of the Tax Code of Ukraine.

21.7. In case of discrepancies between the provisions of Ukrainian and English variants of this Agreement the provisions stipulated by Ukrainian variant of this Agreement shall apply.

21.8. In case of any discrepancies between provisions of this Agreement and the registered Regulations of Insurance, provisions of this Agreement shall prevail, except cases when they are in contradiction with legislation of Ukraine currently in force. The ruling language of this Agreement shall be the Ukrainian language.

21.9. All provisions and terms not interpreted in the Agreement shall be interpreted in accordance with the provisions of the Law of Ukraine "On Insurance".

ЗАЯВА

на отримання страхового відшкодування медичних витрат

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

| | | | |
|---|--|--|---|
| Прізвище, Ім'я | Дата народження | | |
| Поштова адреса, телефон | | | |
| Паспорт | серія | № | |
| Договір страхування | № від _____ 20__ р. | Період страхування | початок _____ 20__ р. закінчення _____ 20__ р. |
| СТРАХОВА ПОДІЯ | | | |
| Країна, місто | Дата і час _____ 20__ р. 0 ____ год. ____ хв. | Дата і час _____ 20__ р. 0 ____ год. ____ хв. | |
| До моменту звернення по допомогу, зателефонували до Асистанта: | | | |
| Якщо із Асистантом не було угоджено свої дії, вкажіть чому | | | |
| ЗВЕРНЕННЯ ПО ДОПОМОГУ ДО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ | | | |
| Назва та адреса закладу | Дата і час _____ 20__ р. 0 ____ год. ____ хв. | Ім'я лікаря | |
| КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХОВОЇ ПОДІЇ (непотрібне закреслюється) | | | |
| Раптове захворювання | діагноз | | |
| Загострення хронічної хвороби | діагноз | | |
| Нещасний випадок | діагноз | | |
| Інше (опишіть): | | | |
| Місце, де сталася страхова подія | | | |
| Страхова подія настала внаслідок занять (непотрібне закреслюється): | професійним спортом роботою за винагороду активним відпочинком | | |
| Про наміри, щодо вказаних занять при укладанні Договору страхування (непотрібне закреслюється): | заявлено не заявлено | | |
| Короткий опис обставин страхової події | | | |
| У момент настання страхової події був (була) в стані (непотрібне закреслюється): | алкогольного сп'яніння | | |
| | наркотичного сп'яніння | | |
| | токсичного сп'яніння | | |
| | були не виликувані хвороби | | |
| На момент укладання Договору страхування (непотрібне закреслюється): | не було не виликуваних хвороб | | |
| | були заперечення лікарів щодо подорожі | | |
| | не було заперечень лікарів щодо подорожі | | |
| ВИТРАТИ | | | |
| За медичні послуги | | | |
| Мною сплачена сума: | | | |

Опис документів, що підтверджують факт настання страхової події та розмір витрат,
надається на звороті.

ОПИС

Документів, що підтверджують факт настання страхової події та розмір витрат Страховальника (Застрахованої особи):

| | | | |
|----|--|--|---------|
| 1 | Договір страхування | | аркушів |
| 2 | Копія сторінки закордонного паспорта | | аркушів |
| 3 | Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера | | аркушів |
| 4 | Копія договору на туристичне обслуговування | | аркушів |
| 5 | Рахунки за телефонні переговори із Страховиком та/або Асистантом | | аркушів |
| 6 | Звіт лікаря | | аркушів |
| 7 | Рахунки (чеки, квитанції) за медичні послуги | | аркушів |
| 8 | Рецепти ліків, приписаних лікарем стосовно страхової події | | аркушів |
| 9 | Чеки про оплату кожного придбаного медикаменту | | аркушів |
| 10 | Протокол або довідка про нещасний випадок | | аркушів |
| 11 | Детальний опис обставин нещасного випадку | | аркушів |

ІНШІ ДОКУМЕНТИ

| | | | |
|----|--|--|---------|
| 12 | | | аркушів |
| 13 | | | аркушів |
| 14 | | | аркушів |
| 15 | | | аркушів |

Страховик має право робити запити і отримувати додаткову інформацію та документи щодо страхової події. На запит Страховальника Страховик надає копії цих документів з відміткою про отримання.

Додаткова інформація:

| |
|---|
| Безготівковий переказ (витрати за мій рахунок) |
| Особисто із каси Страховика у м. Києві |
| У представника Страховика у місті: |
| <small>(непотрібне закреслюється)</small> |
| Через довірену особу <small>(доручення завірене нотаріусом)</small> |

ДЕКЛАРАЦІЯ

Я попереджений (попереджена), що у випадку ітатції ознак страхового випадку, надання підроблених документів або недостовірної інформації (рівно як і приховування необхідних документів та інформації) страхові виплати та страхове відшкодування не здійснюються.

ЗАЯВНИК

| | |
|--------------------------------|----------------|
| " _____ " _____ 20__ р. (дата) | _____ (підпис) |
|--------------------------------|----------------|

Примітки: Заява вважається заповненою лише при умові, що Заявником заповнені всі поля бланку заяви. У вільних клітинках, в залежності від страхової події, записуються короткі коментарі, або робляться записи "так", "ні", "немає", "немає".

При необхідності опишіть страхову подію та коментарі надавайте на окремому аркуші.

По страхових подіях за іншими видами страхування - бланки заяв заповнюйте у Страховика.