

ПАМ'ЯТКА ЗАСТРАХОВАНОМУ

У разі раптового захворювання або нещасного випадку Ви, Ваш представник або лікар повинні негайно звернутися до асистуючої компанії за телефонами, вказаними у Вашому договорі страхування.

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

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

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

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

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

УВАГА! Якщо Ви не звернетесь до Асистуючої компанії в обумовлені терміни, ПрАТ «Страхова компанія «ІНТЕР-ПЛЮС» має право відмовити у виплаті страхового відшкодування (п. 10.3 Загальних умов Міжнародного страхового договору подорожуючих)

Шановний Застрахований

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

Просимо звернути увагу на особливості договору та обраної програми страхування.

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

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

У разі раптового захворювання або нещасного випадку

Ви, Ваш представник або лікар повинні негайно звернутися до асистуючої компанії за телефонами, вказаними у Вашому договорі страхування

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

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

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

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

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

Зберігайте зазначені документи для подання до страхової компанії «ІНТЕР-ПЛЮС»

УМОВИ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ

1.1. **СТРАХОВИК** - Приватне акціонерне товариство “Страхова компанія “ІНТЕР-ПЛЮС”, платник податку на прибуток на загальних підставах, місцезнаходження: 04116, Україна, м. Київ, вулиця Старокиївська, буд. 8/12, код за ЄДРПОУ 32586973, діє на підставі Ліцензій виданих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, в особі Голови Правління Чупиркіної Олени Дмитрівни, що діє відповідно до Статуту або в особі уповноваженої особи, яка діє на підставі довіреності Голови Правління. Та

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

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

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

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

1.2. Договір укладено відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного страхування медичних витрат» від 26.09.2016р., «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 11.10.2011р., «Правил добровільного страхування фінансових ризиків» від 22.02.2017р., «Правил добровільного страхування вантажу та багажу (вантажобагажу)» від 30.07.2012р. та «Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (іншого, ніж передбачено пунктами 12-14 статті 6 ЗУ «Про страхування»)» від 16.01.2012р. Усі питання та спори, що не врегульовані цим Договором будуть вирішуватися з огляду на норми чинного страхового законодавства України, норм та правил країни перебування та зазначених у цьому пункті нормативних документів страховика.

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

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

Невідкладна допомога - Допомога, яку необхідно надати терміново та неможливо відкласти. Страховими випадками є:

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

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, непередбачувана подія, що не залежить від волі

Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи або її смерті.

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

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

3.1.2. **КАЛЦТВО** Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

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

3.1.4. **НЕМОЖЛИВІСТЬ ЗДІЙСНИТИ ПОЇЗDKY** внаслідок:

- раптового погіршення стану здоров'я Застрахованої особи в результаті нещасного випадку або хвороби, що потребує госпіталізації та унеможливає за медичними показниками Застрахованою особою здійснити поїздки, або внаслідок раптового погіршення стану здоров'я близького родича Застрахованої особи в результаті нещасного випадку або хвороби, що становить загрозу його життю;
- смерті Застрахованої особи або її близького родича;

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

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

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

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

- дорожньо-транспортною пригодою;
- нещасним випадком, що трапився із Застрахованою особою;
- полумкою власного транспортного засобу, що сталася за межами України;
- затримкою або пропажею багажу Застрахованої особи;
- втратою або крадіжкою паспорту Застрахованої особи;
- полумкою спортивного інвентарю, взятого Застрахованою особою напрокат у місці відпочинку;
- ненавмисним нанесенням Застрахованою особою шкоди третій особі або її майну;
- порушення прав Застрахованої особи.

3.2. Перелік страхових випадків, що покриваються договором страхування та спосіб їх врегулювання залежить від обраної програми страхування. Подія, передбачена умовами цього

договору, є страховим випадком, в тому числі, якщо вона відбулась у стані алкогольного та/або наркотичного сп'яніння на території Чеської Республіки.

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

3.3.1. Вживання та/або перебування Застрахованої особи під дією алкогольних, наркотичних або токсичних речовин, за винятком Чеської Республіки;

3.3.2. Порушення Застрахованою особою діючих норм законодавства, норм та інструкцій країни тимчасового перебування, що призвів до настання події; навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

3.3.3. Самогубства або замаху на самогубство;

3.3.4. Учасі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);

3.3.5. Учасі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;

3.3.6. Терористичних актів, війни (оголошеної чи не оголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану;

3.3.7. Прямої чи непрямої дії радіоактивного чи іонізуючого випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення;

3.3.8. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без відповідного посвідчення водія або передачі нею керування особі, яка не має відповідного посвідчення або знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;

3.3.9. Розвитку хвороби, симптоми якої виникли у Застрахованої особи до початку дії або поза територію дії договору страхування;

3.4. Якщо у Договорі страхування спеціально не було обумовлено інше та не був сплачений додатковий страховий платіж, Страховик не здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування), якщо події, перелічені в п. 3.1 цих Загальних умов, сталися внаслідок:

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

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

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

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

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

4.1. Програма А (невідкладна медична допомога).

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

4.1.1. Невідкладної стаціонарної допомоги (на умовах госпіталізації більше 24 годин) в медичних закладах (забезпечення лікарськими засобами, у тому числі медикаментами, діагностики та обстеження, лікувальних процедур та маніпуляцій, в т.ч. невідкладних оперативних втручань, консультацій лікарів-спеціалістів, перебування та харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі) – до 3 000 EUR на один страховий випадок. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування Застрахованої особи за кордоном у межах встановленого у Договорі страхування ліміту доти, поки стан здоров'я хворого не дозволить перевезти його в Україну для продовження лікування:

- Оплата ліків, призначених для невідкладного лікування або зняття гострого стану здоров'я, придбаних за рецептом лікаря та на підставі пред'явленого рецепту і підтвердження про оплату – до 150 EUR;

- Необхідної, призначеної лікарем заміни окулярів, зіпсованих в результаті нещасного випадку, що призвів до травмування Застрахованої особи – до 100 EUR;

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

4.1.3. Медичні перевезення:

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

- медична евакуація (репатріація) із-за кордону на територію України, включаючи медичну довідку з переліком рекомендацій лікаря;

4.1.4. Репатріація тіла у разі смерті Застрахованої особи до найближчого аеропорту країни постійного проживання або найближчого митного пункту (вид транспорту, умови та строки репатріації визначаються Страховиком) в межах 3000 (трьох тисяч) EUR. При цьому, Страховику, родичі/або довірені особи подають заяву-підтвердження про готовність забрати тіло Застрахованої особи після перетину кордону.

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

4.2. Програма В (медико-адміністративні послуги).

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

4.2.1. Невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі або дипломованим лікарем (оплата консультацій лікарів-спеціалістів, лікувальних процедур та маніпуляцій, діагностики та обстеження, забезпечення лікарськими засобами, у тому числі медикаментами) – до 400 EUR на один страховий випадок; Невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах (забезпечення лікарськими засобами, у тому числі медикаментами, діагностики та обстеження, лікувальних процедур та маніпуляцій, в т.ч. невідкладних оперативних втручань, консультацій лікарів-спеціалістів, перебування та харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному медичному закладі), включаючи COVID-19 – до 5 000 EUR на один страховий випадок;

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

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

4.2.3. Невідкладної стоматологічної допомоги при гострому зубному болю (стоматологічний огляд, рентгенівські дослідження, видалення або пломбування тільки природних зубів) або руйнуванні (втрата) природних зубів внаслідок травм, отриманих в результаті нещасного випадку, що стався в період дії Договору, при необхідності видалення зуба, на суму до 150 EUR, але не частіше одного разу за період дії Договору;

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

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

4.2.6. Подовження перебування Застрахованої особи за кордоном, якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, на підставі припису лікаря, виїзд має бути організований пізніше. Відшкодовується вартість проживання в готелі не більше, ніж чотири

доби. Максимальний ліміт відшкодування за проживання в готелі - 30 EUR за добу;

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

4.2.8. Придбання предметів першої необхідності при затримці багажу Застрахованої особи більше, ніж на 3 години. Максимальний ліміт відшкодування - 50 EUR;

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

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

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

За цією Програмою додатково до медико-адміністративних витрат, перелічених у Програмі В (без застосування сублімітів зазначених в пункті 4.2.1.), відшкодовуються витрати, нерозривно пов'язані з настанням страхового випадку:

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

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

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

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

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

4.3.4. Якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, на підставі припису лікаря, Застрахована особа потребує продовження перебування за кордоном, відшкодовується вартість квитка в економічному класі за згодою із Страховиком.

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

За цією Програмою додатково до медико-адміністративних та юридичних витрат, перелічених у Програмі С, відшкодовуються витрати Застрахованої особи, яка подорожує на власному транспортному

засобі, пов'язані з пошкодженням цього транспортного засобу внаслідок ДТП або з інших причин:

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

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

4.4.2.1. Правовий захист у разі дорожньо-транспортної пригоди за участю Застрахованої особи; 4.4.2.2. Організацію доставки Застрахованих осіб (водія та пасажирів) до місця призначення у країнах Європи або повернення в Україну;

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

4.5. Програма "Срібна бізнес-картка".

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

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

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

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

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

4.6. Програма «Золота бізнес-картка».

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

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

4.7. Категорія "ВІЗА-ПОЛІС".

Категорія "ВІЗА-ПОЛІС" використовується для Страхувальників (Застрахованих осіб), які на момент укладання Договору страхування ще не отримали візи до країни відвідування і

точна дата початку їх подорожі невідома. В таких випадках початком страхування вважається очікувана дата отримання візи, тривалістю дії Договору страхування вважається очікуваний термін дії візи, а періодом дії страхового захисту - тривалість перебування у країні відвідування, дозволений цією візою. Розмір страхової суми встановлюється у відповідності до вимог посольства країни відвідування. Страхова премія сплачується за період дії страхового захисту. Страховий захист починається та закінчується згідно з п.6.6 цих Загальних умов.

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

4.9. Додаткова програма «Скасування подорожі»

За цією програмою Страховик компенсує понесені Застрахованою особою витрати на подорож у зв'язку із неможливістю здійснити поїздку внаслідок раптової, непередбачуваної події, зазначеної у пункті 3.1.4. цього Договору, що може статися із Застрахованим або з його близькими родичами. Термін дії цієї програми починається з моменту оплати страхової премії, але не раніше, ніж за 30 діб до дати виїзду Страхувальника у закордонну поїздку за умови, що події, які стали передумовою скасування подорожі, відбулися після такої сплати і про їх настання Застрахованому заздалегідь нічого не було відомо.

Страховик компенсує витрати, які були сплачені до початку поїздки і які не підлягають поверненню організаторами туру. Відшкодування здійснюється в межах реально понесених і документально доведених витрат, але не більше страхової суми, та за мінусом 10% франшизи. При розгляді справи про виплату страхового відшкодування Страхувальник надає Страховику усі необхідні документи, для встановлення факту страхового випадку та визначення розміру збитків. Також Страховик має право запросити:

- копії договорів організатора поїздки з авіаперевізниками або іншими транспортними

5. ВИТРАТИ, ЯКІ НЕ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

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

5.1.1. Не передбачені Договором страхування та вибраною Програмою страхування;

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

5.1.3. На проведення консультацій, обстежень та інших діагностичних заходів, лікування та операцій, які виходять за межі невідкладної медичної допомоги та можуть бути проведені в Україні або країні постійного проживання Застрахованої особи; а також витрати, пов'язані з проведенням планових оперативних втручань;

5.1.4. Пов'язані із діагностичним та хірургічним втручанням на серці та судинах (коронарна ангіографія,

організаціями, готелями, туристичними операторами, в яких вказується вартість та інші умови співробітництва сторін, що підтверджують збитки, понесені Застрахованою особою внаслідок відмови від поїздки;

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

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

- копію документа, що підтверджує анулювання туру, отриманого туристичним агентом від туристичного оператора; та інші.

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

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

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

При відмові у виплаті Страхового відшкодування Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 робочих днів після прийняття такого рішення. Зазначена програма може бути додана до будь-якої програми і вважається укладеною із страховою сумою та страховим платежем, зазначеними у відповідному розділі індивідуальної частини Договору страхування.

аортокоронарне шунтування, стентування, балонна ангіопластика, тощо), діагностика та лікування цереброваскулярних хвороб та хвор, що класифікуються МКХ-10 I20 -I25, навіть при наявності медичних показань для їх проведення; хвороби пов'язані з гірською хворобою. Використання будь яких видів стентів різного призначення (дуоденальні, кишкові й панкреатичні та інші);

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

5.1.6. На медичну допомогу з приводу лікування хвороб шкіри та підшкірної клітковини, що класифікуються МКХ – 10, як L-20 – L60 (включаючи, але не обмежуючись дерматитами, пов'язаними з дією сонячного випромінювання, алергічними контактними дерматитами), крім

випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи; укуси комах, алергічні реакції, що не несуть загрозу життю (за винятком набряку Квінке);

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

5.1.8. На поточні обстеження зору та слуху, лікування розладів слуху, захворювання вуха без наявності більшого синдрому (в тому числі сірчані пробки ускладнені внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води, перельоту на літаку);

5.1.9. Діагностика та лікування цукрового діабету, а також його ускладнень, крім станів, що загрожують життю; туберкульозу та його ускладнень;

5.1.10. Витрати, пов'язані з судомним приступом, перебігом нервових та психічних захворювань (розладів); пухлини головного та спинного мозку; епілепсії; шизофренії, та їх наслідків;

5.1.11. На лікування епідемічних та пандемічних захворювань. Витрати, пов'язані з вродженими аномаліями і вадами розвитку, спадковими захворюваннями, лікування Лихоманки Денге

5.1.12. Витрати на діагностику та лікування хвороб крові, кровотворних органів, хронічних хвороб периферичних судин (варикозна хвороба тощо), гематологічних захворювань, імунодефіцитних станів;

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

5.1.14. На лікування та діагностику будь-яких хвороб, що спричинена ВІЛ-інфекцією, СНІДом та (або) будь-якими формами гепатиту та їх наслідками та смерть внаслідок вище зазначених;

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

5.1.16. На придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, милиць, протезів, інвалідних візків тощо); придбання та використання протезів різного характеру та призначення; пристроїв, що замінюють або корегують функцію уражених органів на проведення оперативного втручання з використанням засобів для метало остеосинтезу (тощо) навіть при наявності медичних показань для їх проведення. На лікування ускладнень, які виникли внаслідок та після проведення оперативного або консервативного лікування при настанні страхового випадку;

5.1.17. На проведення абортів, крім випадків, коли аборт був необхідний внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання; витрати пов'язані з лікуванням гінекологічних захворювань, якщо його необхідність не була викликана загрозою для життя Застрахованої особи;

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

5.1.19. Пов'язані з діагностикою вагітності, лікуванням ускладнень вагітності протягом трьох останніх місяців перед передбачуваною датою народження дитини, пологами та їх

ускладненнями після 7-го місяця вагітності;

5.1.20. На протезування зубів та стоматологічну допомогу, яка перевищує необхідну допомогу для усунення причини гострого болю та ризику появи ускладнень, а також, якщо невідкладна стоматологічна допомога не покривається програмою страхування;

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

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

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

5.1.24. На лікування нетрадиційними методами;

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

5.1.26. На водолікування, геліотерапію та косметичне лікування, використання (лікування) барокамер

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

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

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

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

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

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

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

5.1.34. На транспортування Застрахованої особи (у тому числі гелікоптером), якщо воно

здійснювалось з одного медичного закладу в інший без попереднього погодження зі Страховником; Проведення медичного транспортування/репатріації, якщо за медичними показаннями, лікування захворювання або тілесного ушкодження може бути відкладено до повернення Застрахованої особи в країну постійного проживання та/або якщо захворювання не перешкоджає продовженню поїздки

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

5.1.36. На лікування на території країни тимчасового перебування після дати, коли медична репатріація є можливою за висновком лікаря, призначеного Сервісною компанією Страховика;

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

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

5.1.39. Пов'язані з протизаконними діями (бездіяльністю) державних органів;

5.1.40. Пов'язані з подорожами (поїздками) за кордон України на територію тої держави, яка не рекомендована для в'їзду Міністерством закордонних справ України;

5.1.41. Витрати у розмірі, меншому за розмір франшизи, визначеної (встановленої) Договором;

5.1.42. За збитки, які відшкодовані особою, винною у їх заподіянні або роботодавцем;

5.1.43. На амбулаторно-поліклінічну допомогу протягом першої доби після перетину державного кордону України, за виключенням випадків, які потребують невідкладної медичної допомоги або пов'язані з порушенням цілісності опорно-рухового апарата (кісток, зв'язок), якщо симптоми захворювання виникли до виїзду за кордон;

5.1.44. На лікування не природних зубів, заміну або ремонт коронок, містків, окрім витрат, визначених у Програмі страхування;

5.1.45. Пов'язані з лікуванням Застрахованої особи за подією, яка відбулася внаслідок неналежного виконання призначень лікаря;

5.1.46. Звернення Застрахованої особи з приводу ГРЗ та ГРВІ в першу добу прибуття за кордон; лікування ГРЗ та ГРВІ без наявності гіпертермічного синдрому;

5.1.47. Пов'язані з лікуванням Застрахованої особи захворювань шлунково-кишкового тракту, що не потребують парентерального лікування для осіб не старше 14 років. На оперативне втручання з приводу видалення та/або дрібнення каміння будь-якої локалізації (сечовивідних шляхах, нирках, сечовому міхурі та ін.);

5.1.48. На консультацію (медичний огляд та обстеження), після якої не було призначено лікування;

5.1.49. На діагностику та лікування (крім невідкладних станів) ВСД (вегето-судинна

дистонія), НЦД (нейрон-циркулярна дистонія), ДЕП (дисцеркуляторна енцефалопатія), АГ (артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), ССН (серцева судинна недостатність), діагностика та лікування астено-невротичного синдрому, цукрового діабету;

5.1.50. На діагностику та лікування ревматизму та системних захворювань сполучної тканини (в т.ч. колагенози, системний червоний вовчак, склеродермія, вузлуватий периартеріт, ревматоїдний артрит, саркоїдоз, муковісцидоз, розсіяний склероз, ідіоматичні фіброзуючі альвеоліти та інші), незалежно від клінічної форми та стадії процесу та інші системні ураження сполучної тканини (синдром Шегрена, змішане захворювання сполучної тканини хвороба Бехчета та ін.);

5.1.51. Будь-які витрати на поховання Застрахованої особи (які було зроблено/здійснено на території України або за кордоном України). Витрати на репатріацію без узгодження/участі Асистуючої компанії;

5.1.52. Будь-які витрати, здійснені іншими особами, ніж Страхувальником/ Вигодонабувачем/ Застрахованою особою та/або не погоджені з Асистуючою компанією та/або Страховником;

5.1.53. Будь-які витрати на медичні перевезення (транспортування Застрахованої особи), медичну евакуацію (репатріацію) із-за кордону на територію України, репатріацію тіла у разі смерті Застрахованої особи, якщо захворювання, нещасний випадок та/або смерть Застрахованої особи відбулась внаслідок будь-якої хвороби, або випадку, визначеного Розділом 5 «ВИТРАТИ, ЯКІ НЕ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ» цих Загальних умов.

5.1.54. Не визнається страховим випадком і не відшкодовуються будь-які витрати, якщо захворювання, симптоми захворювання, нещасний випадок, тощо, виникли до початку дії, або поза територією дії договору страхування, окрім випадків прямої загрози життю Застрахованої особи.

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

5.2.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

5.2.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

5.2.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

5.2.4. Несвоєчасне (понад 24 години після настання страхового випадку) повідомлення про це Страховика (його Сервісну службу) без поважних причин;

5.2.5. Невиконання або порушення вказівок Сервісної служби;

5.2.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором страхування;

5.2.7. Подання документів про страховий випадок (або документів, необхідних для виплати страхового відшкодування) після закінчення обумовленого Договором страхування терміну (30 календарних днів після повернення з закордонної поїздки);

5.2.8. Інші випадки, передбачені законодавством України.

6. ДІЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

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

Договору, за умови сплати страхового платежу в обумовлені Договором строки, за винятком випадків, визначених п. 4.8 цих Загальних умов.

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

Для програми «Скасування подорожжі» термін дії страхового захисту починається з дати оплати страхового платежу, але не раніше ніж за 60 днів до дати виїзду Страхувальника у закордонну туристичну поїздку та закінчується в момент перетину кордону при виїзді з України.

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

6.7.1. Закінчення строку дії Договору;

6.5 Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної в ньому як дата початку дії 6.7.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

6.7.3. Несплати Страхувальником страхових платежів відповідно до п. 7.3 цих Загальних умов;

6.7.4. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

6.7.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.7.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

6.7.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4. **ФРАНШИЗА** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком та зазначається в індивідуальній частині договору страхування. Для програми «Скасування подорожі» безумовна франшиза становить 10% від страхової суми

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

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

8.1.2. Вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений Договором страхування. За несвоєчасну виплату страхового відшкодування з вини Страховика Страхувальнику (Застрахованій особі) виплачується пеня за кожний день прострочення виплати, розмір якої визначений чинним законодавством України.

8.2. Страховик має право:

8.2.1. Перевіряти повідомлену Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;

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

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

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

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

8.3.2. Своєчасно вносити страхові платежі;

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

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

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

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

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

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

8.4. Страховик зобов'язаний:

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

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

8.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) протягом 10 банківських днів з дня прийняття рішення про страхову виплату при умові отримання Страховиком усієї необхідної інформації та належним чином оформлених

документів стосовно випадка. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається згідно з чинним законодавством України;

8.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку

9. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

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

9.1.1. Номер Договору страхування;

9.1.2. Прізвище та ім'я Застрахованої особи;

9.1.3. Місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;

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

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

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

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

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

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

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

щодо запобігання або зменшення ним збитків;

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

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

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

10.5.1. Письмову заяву на відшкодування витрат за формою Страховика;

10.5.2. Оригінал Договору страхування;

10.5.3. Оригінали медичних висновків та деталізованих рахунків на оплату вартості отриманих послуг;

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

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

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

10.5.7. Ксерокопії закордонного паспорту Застрахованої особи (проїзного документа дитини, свідоцтва про народження, якщо Застрахована особа не досягла 16 років), громадянського паспорту, ідентифікаційного коду отримувача виплати.

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

10.7. Особи, Застраховані від нещасного випадку на підставі «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 11.10.2011р, мають право на страхову виплату в разі

настання нещасного випадку. Страхова виплата залежно від характеру ушкодження здійснюється у розмірі певного відсотка від страхової суми, визначеного цими Правилами.

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

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

10.8.2. Висновок лікувального закладу про встановлений діагноз;

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

10.8.4. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

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

10.8.6 Документи надаються Страховику українською та/або російською мовами. Якщо документи складено іншою мовою (-ми), надається офіційний переклад цих документів на українську та/або російську мови.

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

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

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

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

10.13. У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуються Правилами страхування. У разі, якщо положення Договору суперечать або тлумачаться іншим чином, ніж положення Правил страхування, перевагу мають положення Договору. Відносини Сторін в частині, що не врегульовані Договором та Правилами страхування, регулюються чинним законодавством України.

10.14. Страхувальник надає згоду Страховику на збір, оброблення, використання персональних даних Страхувальника з метою укладення та виконання Договору страхування, а також на

вчинення інших дій, передбачених Законом України «Про захист персональних даних» та підтверджує, що повідомлений про свої права, місцезнаходження бази персональних даних, мету збору та можливість надання персональних даних третім особам для виконання зазначеної мети.

10.15. Страхувальник надає згоду та не заперечує проти проведення Страховиком ідентифікації та вивчення фінансової діяльності відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 14.10.2014 року №1702-вii та Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 24.02.2011 року № 102, зареєстрованого у Міністерстві юстиції 18.05.2011 року за N 600/19338 «Про внесення змін до Положення про здійснення фінансового моніторингу фінансовими установами».

10.16. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений з інформацією, зазначеною в ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

10.17. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг.

Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Національний банк України.

Місцезнаходження: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9.

Телефон довідкової телефонної служби: 0 800 505 240, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів.

Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Горького, 174. Телефон: (044) 528- 84-74.

E-mail: dsiu@dsiu.gov.ua, Web-сайт: www.dsiu.gov.ua.

Інспекція з питань захисту прав споживачів у м. Києві.

Місцезнаходження: 04070, м. Київ, вул. Терьохіна, 8-А. Тел./факс: (044) 482-40-00, 463-79-73;

E-mail: mkyiv_zah@ukr.net.

10.18. Питання, по яким не було досягнуто домовленості, вирішуються на підставі діючого законодавства України.

The insurance cover is valid in all countries of the world, apart from Ukraine and the country of permanent residence.

Refer to the assisting company on all issues concerning the terms of insurance policy, as well as conditions of insurance, providing medical and other services.

4. WHAT IS REIMBURSED BY THE INSURER

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

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

4.1.1. Urgent hospital care (on the terms of hospitalization for more than 24 hours) in medical establishments (provision with pharmaceutical products, including, but not limited to medicines, diagnostics and examinations, treatment procedures and manipulations, as well as urgent operative interventions, specialized medical consultations, hospitalization and meals during hospitalization by the norms adopted in given medical establishment) – up to 3 000 EUR per one insured accident. The Insurer reserves the right to pay for the treatment of the Insured Person abroad within the limits stated in the Insurance Contract until the patient's state allows to transport him to Ukraine to continue treatment.

- Payment for medicines administered for urgent treatment or reduction of acute state of health purchased by doctor's prescription and based on submitted prescription and confirmed payment – up to 150 EUR;

- Necessary administered by a doctor replacement of glasses damaged as a result of an accident that led to injury of the Insured Person – up to 100 EUR;

4.1.2. First aid (including emergency situations);

4.1.3. Medical transportation:

- transportation of the Insured Person by ambulance to the nearest physician or hospital;

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

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

4.1.4. Body repatriation in case of death of the Insured Person to the nearest airport of the country of residence or the nearest customs point (type of transport, terms and conditions of repatriation are determined by the Insurer) within 3000 (three thousand) EUR limits. At that, the relatives/or the authorized persons submit a confirmation note to the Insurer on their readiness to take the body of the Insured Person upon border crossing;

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

4.2. Medical -administrative services (Program B):

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

4.2.1. Urgent outpatient care in medical establishment or by certified doctor (payment of specialized medical consultations, treatment procedures and manipulations, diagnostics and examination, provision with pharmaceutical products, including the medicines) – up to 400 EUR per one insured accident; Urgent hospital care in medical establishments (provision with pharmaceutical products, including, but not limited to medicines, diagnostics and examinations, treatment procedures and manipulations, as well as urgent operative interventions, specialized medical consultations, hospitalization and meals during hospitalization by the norms adopted in given medical establishment) including treatment of COVID-19 – up to 5 000 EUR per one insured accident;

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

Attention! Expenses on treatment of catarrhal and infectious diseases are reimbursed only in case they

are life-threatening for the Insured Person.

4.2.3. Urgent dental care for acute dental pain (dental examinations, x-ray examinations, extraction or filling of natural teeth only) or destruction (loss) of natural teeth due to trauma obtained in case of accident occurred within the validity of the Contract, in case of required extraction of a tooth, on amount of up to 150 EUR, but not more often than once within the validity of the Contract;

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

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

4.2.6. The Insured Person stays abroad longer in case of unexpected disease or accident - upon the physician's prescription, the departure shall be planned for later time (accommodation for no more than four days, not exceeding 30 EUR per night, is reimbursed);

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

4.2.8. Buying articles of prime necessity, if the baggage belonging to the Insured Person was delayed for more than 3 hours (in the amount up to 50 EUR);

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

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

4.3. Legal services (Program C):

Losses directly connected with occurrence of the insured accident are reimbursed by this Program in addition to medical and administrative expenses, listed in the Program B (without use of sublimits indicated in para 4.2.1.), namely:

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

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

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

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

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

4.3.4. if due to a sudden illness or accident, on the basis of a doctor's prescription, the Insured person needs to continue his stay abroad, abroad, the cost of a ticket in economy class is reimbursed with the consent of the Insurer

4.4. Motor assistance (Program D):

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

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

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

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

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

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

4.5. Under the Program "Silver Business Card":

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

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

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

4.5.2.2. travel expenses for the person to substitute the Insured Person if, as a result of unexpected disease or

5.1. The Insurer shall not reimburse the expenses:

5.1.1. Expenses, not covered by the Insurance Policy;

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

5.1.3. On consultations, examinations and other diagnostic measures, treatment and operations that exceed first aid and can be provided in Ukraine or the country of the Insured Person's residence as well as costs associated with scheduled surgical interventions;

5.1.4. For diagnostic and surgical intervention on the heart and vessels (coronary angiography, coronary artery bypass grafting, stenting, balloon angioplasty, etc.), diagnosis and treatment of cerebrovascular diseases and diseases classified ICD-10 I20-I25, even in the presence of medical indication carrying out; diseases associated with mountain sickness. Use of any type of stents of different function (duodenal, intestinal and pancreatic, and others) .

5.1.5. For medical care in case of solar fever, solar burns, allergic reactions on solar emission and other changes of skin covering due to UV irradiation effect;

5.1.6. For medical care by reason of skin disease and subcutis treatment classified ICD – 10, as L-20 – L60 (including but not limited to dermatitis connected with action of solar emission, allergic contact dermatitis), except the cases requiring immediate doctor's assistance to save life of the Insured Person; insect sting, allergic reactions constituting life-threatening situation (with exception of Quincke's edema);

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

5.1.8. For current visual acuity and hearing testing, treatment of hearing disorder, ear disease without present pain syndrome (including cerumen impactions aggravated due to: overcooling and/or water ingress, air flight);

5.1.9. Diagnosis and treatment of diabetes, as well as its complications, except for life threatening conditions;

accident, they are unable to fulfill the task given;

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

4.6. The program "Golden Business Card"

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

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

4.7. "VISA-POLICY"

"VISA-POLICY" is used for the Assureds (Insured Persons), who, at the moment of concluding an insurance policy, have not received their visas to the country of visit and have no precise date of their departure. In such cases the insurance cover starts on the expected date of getting a visa, the insurance policy duration is the expected terms of visa validity, and insurance cover lasts during their stay in the country of visit allowed by this visa. The amount of the insured sum is established in accordance with the requirements of the country of visit. The insurance premium is paid for a period of insurance cover. The insurance cover starts and ends in accordance with point 6.8 of these Special Conditions

5. WHAT IS NOT REIMBURSED

tuberculosis and its complications;

5.1.10. Expenses connected with convulsive attack, course of nervous and psychological diseases (disorders); cerebral and spinal chordtumour; epilepsy; schizophrenia, and their consequences;

5.1.11. On treatment epileptic and pandemic diseases; Costs associated with congenital anomalies and developmental defects, hereditary diseases; treatment Dengue fever;

5.1.12. Expenses for diagnostics and treatment of blood disease, blood-forming bodies, chronic diseases of peripheral vessels (varicose disease etc), hematological disease, immunodeficiency states;

5.1.13. On treatment against oncological diseases;

5.1.14. For the treatment and diagnosis of any illnesses caused by HIV infection, AIDS and / or any forms of hepatitis and their consequences and death as a result of the above;

5.1.15. Connected with the treatment and examination against sexually transmitted diseases;

5.1.16. For purchase and repair of auxiliary appliances (glasses, contact lens, hearing devices, crutches, prosthetic appliance, wheelchairs etc.); purchase and use of prostheses of different character and purpose; devices that replace or correct the function of the affected organs for surgery using means for metal osteosynthesis, etc., even in the presence of medical indications for their implementation. For treatment of complication occurred as a result of and after surgical or conservative treatment during occurrence of the insured accident;

5.1.17. On abortion, except for cases when abortion was necessary, as a result of an accident or unexpected disease; Costs related to the treatment of gynecological diseases, if their need was not caused by the threat to the life of the Insured person;

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

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

5.1.20. On denture treatment and dental aid, exceeding the required aid for getting rid of acute pain and risk of complications and also, if urgent dental care is not covered by the insurance program;

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

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

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

5.1.24. On alternative medicine;

5.1.25. On rehabilitation and physiotherapy;

5.1.26. On hydrotherapy, heliotherapy and cosmetic treatment, use of (treatment with) pressure chamber;

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

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

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

5.1.30. An Emergency medicine enough and to spare;

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

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

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

5.1.34. For transportation of the Insured person (including helicopter), if it was carried out from one medical institution to another without prior agreement with the Insurer; Carrying out medical transportation / repatriation, if medical indications, treatment of a disease or bodily injury can be postponed until the Insured person returns to the country of permanent residence and / or if the disease does not prevent the trip from continuing;

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

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

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

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

5.1.39. Connected with illegal acts (inactivity) of governmental authorities;

5.1.40. Connected with trips (journeys) abroad of Ukraine to the territory of a country not recommended for entry by the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine;

5.1.41. Expenses in amount less than a sum of franchise determined (stipulated) by the Contract;

5.1.42. For losses reimbursed by a person faulty in their infliction or by an employer;

5.1.43. For outpatient ambulatory care during the first day after Ukrainian border crossing, except the cases requiring urgent medical aid or connected with solution of continuity of musculo-skeletal system (bones, ligaments), if the symptoms of the disease arose before going abroad;

5.1.44. For treatment of non-natural teeth, replacement and repair of the crowns, bridges, except the expenses determined in the Insurance Plan;

5.1.45. Connected with treatment of the Insured Person by event occurred due to improper execution of doctor's orders;

5.1.46. Application of the Insured Person regarding acute respiratory and viral diseases on the first day of arrival abroad;

treatment acute respiratory disease and acute respiratory viral infection without present hyperthermic syndrome;

5.1.47. Connected with treatment of the Insured Person suffering for gastrointestinal diseases not requiring parenteral treatment for persons aged less than 14 years; On an operative intervention on removal and / or crushing of stones of any localization (urinary tract, kidneys, bladder, etc.);

5.1.48. For consultation (medical examination and checkup) after which no treatment was administered;

5.1.49. For diagnostics and treatment (except urgent states) of V.V.D. (vegetovascular dystonia), N.C.D. (neurocirculatory dystonia), DEP (dyscirculatory encephalopathy), AH (arterial hypertension), IHD (ischemic heart disease), CVI (cardiovascular inefficiency), diagnostics and treatment of asthenoneurotic syndrome; diabetes;

5.1.50. For diagnostics and treatment of rheumatism and systemic connective-tissue diseases (including collagenosis, systemic lupus erythematosus, sclerodermia, periarteritis nodosa, rheumatoid arthritis, sarcoidosis, mucoviscidosis, disseminated sclerosis, idiomatic alveolafibrosingalveolitis and so on), independently from clinical form and stage of process and other systemic damages of connective tissue (Sjogren syndrome, combined connective tissue disease Behcet's syndrome etc.);

5.1.51. Any expenses for burial of the Insured Person (incurred/executed on the territory of Ukraine or beyond the borders of Ukraine); Expenses for repatriation without the consent / participation of the Insurer's services company;

5.1.52. Any expenses executed by the persons other than the Insured/ Beneficiary/Insured Person and/or not agreed with Assisting company and/or Insurer;

5.1.53. Any expenses for medical transportation (transportation of the Insured person), medical evacuation (repatriation) from abroad to the territory of Ukraine, repatriation of a body in case of death of the Insured person, if the illness, accident and / or death of the Insured person occurred as a result of any illness, or a case specified in Section 5 "EXPENSES WHICH DO NOT ATTEMPT THE INSURER. EXCLUSION FROM INSURANCE CLAIMS "of these General Conditions;

5.1.54. Not recognized as an insurance case and no expenses are reimbursed if the disease, symptoms of the disease, accident, etc., arose before the action, or outside the territory of the insurance contract, except in cases of a direct threat to the life of the Insured.

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

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

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

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

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

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

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

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

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