

**Оферта №3 від 01.11.2021р.
щодо укладення Договору комплексного страхування подорожуючих за межами України**

Ця Оферта містить "Пропозицію і порядок укладення в електронній формі "Договору комплексного страхування подорожуючих за межами України», надалі – **Договір**, та запропоновані Приватним акціонерним товариством "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ІНТЕР-ПЛЮС" (далі – Страховик, ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС") умови страхування, що містяться в Договорі.

Ця Оферта стосується укладення Договору в електронній формі. Пропозиція Оферти діє з 01.11.2021р.

У разі прийняття Страхувальником Оферти, страхування здійснюється у відповідності до умов Договору.

1. Пропозиція і Порядок укладення Договору в електронній формі

1.1. Клієнт (потенційний Страхувальник), під час заповнення електронної форми Заявки, отриманої на сайті Страховика www.inter-plus.com.ua, або за допомогою "хмарного" інтернет-сервісу надає Страховику інформацію, необхідну для ідентифікації Страхувальника, розрахунку розміру страхового платежу та формування Договору, який містить "Умови страхування", далі – **Умови страхування**. Заповнена у такий спосіб Заявка, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заявки Клієнта (потенційного Страхувальника) щодо укладення Договору.

1.2. На підставі заповненої Заявки, Страховик здійснює розрахунок страхового платежу та формує файл "Спеціальні умови" Договору, який пропонується Клієнту (потенційному Страхувальнику), шляхом відсилки відповідного файлу на електронну адресу Клієнта, вказану у Заявці.

1.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Оферти і згодою укласти Договір є надання Страховику відповіді Клієнта про прийняття Оферти і підписання Договору - шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором **ОТР (One Time Password)**, - алфавітно-цифровою послідовністю, яку отримує Клієнт за допомогою SMS (Viber) - повідомлення на номер мобільного телефону, що вказується ним під час заповнення особистих даних у файлі Заявки.

1.4. Проставленням електронного підпису одноразовим ідентифікатором, вказаним у п.1.3 цього розділу Оферти, Клієнт (Страхувальник) підтверджує, що він:

1.4.1. до моменту укладення Договору ознайомлений зі змістом частини 2 статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", який розміщено на сайті Страховика;

1.4.2. розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком у рамках Договору;

1.4.3. надає згоду Страховику на обробку його персональних даних, в тому числі: таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору;

1.4.4. ознайомлений та згодний з умовами страхування;

1.4.5. ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що вказані у п.п.1.9 цього розділу Оферти, та свідомо надає згоду на підписання Договору зі свого боку шляхом проставлення електронного підпису одноразовим ідентифікатором;

1.4.6. надає згоду на отримання Договору в електронній формі та інших комерційних електронних повідомлень Страховика на його особисту електронну пошту, вказану у Заявці при внесенні особистої інформації;

1.4.7. надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором.

1.5. Після здійснення акцепту Оферти:

1.5.1. Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну адресу, вказану при заповненні Заявки, повідомлення Страховика про підтвердження укладення Договору в електронній формі, шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми Договору.

1.5.2. Страхувальник здійснює оплату суми страхового платежу у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

1.6. Виконання зазначених дій є укладенням Договору в електронній формі, яка, відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України "Про електронну комерцію" прирівнюється до письмової форми Договору.

1.7. Договір є підписаним з боку Страховика, згідно зі ст. 12 Закону України "Про електронну комерцію", за наявності - на візуальній формі Договору і в Оферті - аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика.

1.8. Сторони Договору приймають на себе зобов'язання відтворити Договір на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору у письмовій формі, такий Договір виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір, такий спір підлягає розгляду у судовому порядку, згідно з чинним законодавством України.

1.9. Зразок відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика наведено нижче:

**Голова правління
ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС"**



О.Д. Чупиркіна

1.10. Дата, час, порядок акцепту Оферти, повідомлення про підтвердження укладення Договору в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору в письмовій формі зберігаються в електронній базі Страховика.

1.11. Внесення змін до Договору, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншої Стороні у письмовому чи у електронному вигляді, шляхом направлення на її електронну адресу.

ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС",
04116, м. Київ, вул. Старокиївська, 8/12,
Тел. (044) 394 54 22,
електронна адреса: info@inter-plus.com.ua

Оферта дійсна виключно для страхування клієнтів ПрАТ «СК «ІНТЕР-ПЛЮС»

УМОВИ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ПОДОРОЖУЮЧИХ ЗА МЕЖАМИ УКРАЇНИ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. СТРАХОВИК - Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ІНТЕР-ПЛЮС", платник податку на прибуток на загальних підставах, місцезнаходження: 04116, Україна, м. Київ, вулиця Старокиївська, 8/12, код за ЄДРПОУ 32586973, діє на підставі Ліцензії виданих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, в особі Голови Правління Чупиркіної О.Д., 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 дієздатна фізична особа, що уклала цей Договір на свою користь або на користь третіх осіб), що зазначена у відповідному розділі Індивідуальних умов договору і яка сплатила страховий внесок.

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

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

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

1.2. Договір укладено відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного страхування медичних витрат» від 26.09.2016р., «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» від 11.10.2011р.

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

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

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

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, непередбачувана подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи або її смерті.

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

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

3.1.2. КАЛІЦТВО застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

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

3.1.4. ВИНИКНЕННЯ ФІНАНСОВИХ ВТРАТ, що можуть бути спричинені:

- дорожньо-транспортною пригодою;
- нещасним випадком, що трапився із Застрахованою особою;
- поломкою спортивного інвентарю, взятого Застрахованою особою напрокат у місці відпочинку;
- 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 в 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 Умов страхування, сталися внаслідок:

3.3.1. Вживання та/або перебування Застрахованої особи під дією алкогольних, наркотичних або токсичних речовин, за виключенням території 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. Участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);

3.3.5. Участі 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;

3.4. 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 Умов страхування, 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 хобі (кінні перегони, автоперегони та змагання, мотосафарі, катання на квадро циклах, 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 пасажера, який сплатив проїзд регулярним авіарейсом або ліцензованим чартерним рейсом по затвердженому 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 (ЕКОНОМ, СТАНДАРТ, ЕЛІТ), за умови, що вони погоджені з Сервісною компанією або Страховиком:

4.1. Програма ЕКОНОМ

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 (включно 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 СТАНДАРТ

За цією Програмою, додатково до медичних витрат, перелічених у Програмі ЕКОНОМ, 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 (втрат) 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 ЕЛІТ

За цією Програмою, додатково до медико-адміністративних витрат, перелічених у Програмі СТАНДАРТ (без застосування сублімітів зазначених у пункті 4.2.1. Умов страхування), 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 організовує 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. 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 Умов страхування.

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

ОПЦІЇ ПРОГРАМ СТРАХУВАННЯ	ЕКОНОМ	СТАНДРТ	ЕЛІТ
невідкладна стаціонарна допомога	+ Ліміт 3000 EUR	+ Ліміт 5000 EUR	+ Ліміт 5000 EUR
невідкладна амбулаторна допомога в медично-му закладі або дипломованим лікарем	-	+ Ліміт 400 EUR	+ Ліміт 400 EUR
оплата медикаментів	+ Ліміт 150 EUR	+	+
швидка медична допомога	+	+	+
транспортування Застрахованої особи машиною швидкої допомоги до найближчого лікувального закладу	+	+	+
медична евакуація (репатріація) із-за кордону на територію України	+	+	+
послуги зв'язку Застрахованої особи (Страховальника) із Сервісною службою або Страховиком при настанні страхового випадку (телекомунікація)	+ Ліміт 10 EUR	+	+
опція програми COVID-19	-	+	+
невідкладна стоматологічна допомога при гострому зубному болю	-	+	+
невідкладна допомога вагітним жінкам до 7-го місяця вагітності	-	+	+
візит третьої особи за згодою Страховика, якщо тривалість перебування Застрахованої особи у стаціонарі перевищує 10 діб .	-	+ вартість квитків в економічному класі, проживання в готелі не більше, ніж чотири доби, ліміт 50 EUR на добу	+ вартість квитків в економічному класі, проживання в готелі не більше, ніж чотири доби, ліміт 50 EUR на добу
подовження перебування Застрахованої особи за кордоном, якщо внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку, на підставі припису лікаря, виїзд має бути організований пізніше	-	вартість проживання в готелі не більше, ніж чотири доби, ліміт 30 EUR на добу	вартість проживання в готелі не більше, ніж чотири доби, ліміт 30 EUR на добу
придбання предметів першої необхідності при затримці багажу Застрахованої особи більше, ніж на 3 години	-	+ Ліміт 50 EUR	+ Ліміт 50 EUR
допомога по заміні особистих документів Застрахованої особи у разі їх втрати або крадіжки	-	+ Ліміт 200 EUR	+ Ліміт 200 EUR
відшкодування витрат, понесених Застрахованою особою у випадку поломки спортивного інвентаря, взятого нею напрокат у місці відпочинку	-	+ Ліміт 200 EUR	+ Ліміт 200 EUR
депортація Застрахованої особи з країни перебування	-	-	+ Ліміт 1000 EUR
витрати, пов'язані з нанесенням Застрахованою особою збитків іншій особі чи її майну	-	-	+ Ліміт відповідальності визначається індивідуально
адвокатські послуги	-	-	+

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 з діагностичним та хірургічним втручанням на серці та судинах (коронарна ангиографія, аорто-коронарне шунтування, стентування, балонна ангиопластика, тощо), діагностика та лікування цереброваскулярних хвороб та хвороб, 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 больового 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); пухлин 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 спричинені ВІЛ-інфекцією, СНІДом та (або) будь-якими формами гепатиту та їх наслідками та смерть внаслідок вище зазначених причин;

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 (засобів для метало-остеосинтезу тощо). 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 навмишними діями Застрахованої особи;

5.1.22. На відшкодування вартості ліків, придбаних без рецепта лікаря, та оплати профілактичних, вітамінних та загальноозміцнюючих 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 (включно 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 Страховиком; 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 Умов страхування).

5.1.39. Пов'язані з протизаконним 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 прав 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 неналежно-го 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 в 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 призначене лікування;

5.1.49. На діагностику та лікування (крім невідкладних станів) ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейроциркуляторна 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 Сервісної компанії;

5.1.52. Будь-які витрати, здійснені іншими особами, ніж Страховальником/Вигодонабувачем/Застрахованою особою та/або не погоджені з Сервісною компанією та/або Страховиком;

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».

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 із 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 80 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. 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.

6.4. Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної в ньому як дата початку дії Договору, за умови сплати страхового платежу в обумовлені Договором строки.

6.5. 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. Страховий захист не діє у випадку якщо договір було укладено під час знаходження Застрахованої особи поза межами території України.

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

6.6.1. Закінчення строку дії Договору;

6.6.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

6.6.3. Несплати Страхувальником страхових платежів відповідно до п. 7.3 Умов страхування;

6.6.4. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати їм дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

6.6.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.6.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

6.6.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

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

6.8. 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.

6.9. 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.

6.10. 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» Індивідуальної частини договору страхування.

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

7.4. ФРАНШИЗА - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком та зазначається в індивідуальній частині договору страхування.

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 та чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.8.3 Умов страхування;

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»;

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 Умов страхування;

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 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. ДІЇ СТОРІН ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

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

- 9.1.1. Номер Договору страхування;
- 9.1.2. Прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- 9.1.3. Місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- 9.1.4. Обставини події, що сталася, та характер необхідної допомоги.

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 зі Страховиком. В іншому випадку Страховик діє відповідно до п 10.3 цих Загальних умов.

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

10.1. Оплата вартості наданих Застрахованій особі невідкладних послуг за кордоном здійснюється Сервісною компанією, яка є закордонним представником Страховика.

Розрахунки між Страховиком та Сервісною компанією за послуги, надані Застрахованій особі, здійснюються у порядку та терміни, передбачені договором між Страховиком та Сервісною компанією.

10.2. Якщо Застрахована особа сама сплатила вартість невідкладних послуг, але узгодила ці витрати із Страховиком чи Сервісною компанією, Страховик відшкодує обґрунтовані та документально 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 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 страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Страхувальник має право звертатися до Страховика протягом 30 календарних днів з моменту повернення з поїздки.

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

- 10.5.1. Письмову заяву на відшкодування витрат за формою Страховика;
- 10.5.2. Оригінал Договору страхування;

10.5.3. Оригінали 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 Умов страхування.

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 Умов страхування, надати Страховику такі документи:

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

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 Умов страхування.

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-vii 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 статті 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.

**Голова правління
ПрАТ "СК "ІНТЕР-ПЛЮС"**



О.Д. Чупиркіна

Offer No.3 of 01.11.2021 for the conclusion of the Agreement of voluntary insurance of medical expenses related to COVID-19 disease for foreigners and stateless persons

This Offer contains the "Proposal and procedure for concluding in electronic form" the Agreement of comprehensive insurance of travelers outside Ukraine ", here in after referred to as the Agreement, and proposed by the Private Joint Stock Company "INSURANCE COMPANY "INTER-PLUS" (hereinafter - the Insurer, PJSC "IC " INTER-PLUS ") "General Conditions of Insurance", which constitute Part B of the Agreement (if the latter is concluded), hereinafter - the General Conditions.

This Offer concerns the conclusion of the Agreement in electronic form. The Offer is valid from 01.11.2021.

In case the Insured accepts the Offer, the insurance is carried out in accordance with the terms of the Agreement

1. Proposal and procedure for concluding the Agreement in electronic form

1.1. The Client (potential Policyholder), when filling out an electronic application form received on the Insurer's website <https://www.inter-plus.com.ua>, or using the "cloud" Internet service, provides the Insurer with the information necessary to identify the Policyholder, calculate the amount of Insurance Premium and form Part A of the Agreement "Special Conditions of Insurance", hereinafter - the Special Conditions. An application filled out in this way, if properly executed, is equivalent to a written application of the Client (potential Policyholder) to conclude the Agreement.

1.2. On the basis of the filled out Application, the Insurer calculates the Insurance Premium and generates the file "Special Conditions" - Part A of the Agreement, which is offered to the Client (potential Policyholder) by sending the corresponding file to the Client's email address specified in the Application.

1.3. The unconditional acceptance by the Client of the terms of the Offer and consent to conclude the Agreement is the provision of the Client's response to the Insurer on the acceptance of the Offer and signing the Agreement - by using an electronic signature with a one-time identifier OTP (One Time Password) - an alphanumeric sequence that the Client receives via SMS (Viber)-message to a mobile phone number, which is indicated by the Client when filling out personal data in the Application file.

1.4. By affixing a signature with a one-time identifier specified in clause 1.3 of this section of the Offer, the Client (Policyholder) confirms that he/she:

1.4.1. prior to the conclusion of the Agreement, is familiar with the content of Part 2 of Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets";

1.4.2. understands the essence of financial services provided by the Insurer under the Agreement;

1.4.3. gives consent to the Insurer for the processing of his/her personal data, including: those that relate to the state of health, and for transfer of such personal data to counterparties, including non-residents, in order to fulfill the terms of the Agreement;

1.4.4. has read and agree with the insurance terms and conditions set out in Parts A and B of the Agreement;

1.4.5. is familiar with the original signature of the authorized person and the seal of the Insurer specified in clause 1.9 of this section of the Offer, and deliberately agreed to sign the Agreement on his/her part by affixing an electronic signature with a one-time identifier;

1.4.6. agrees to receive the Agreement in electronic form and other commercial electronic messages of the Insurer to his/her personal e-mail specified in the Application when entering personal information;

1.4.7. agrees to pay the Insurance Premium on the terms and conditions stipulated by the Agreement.

1.5. After the acceptance of the Offer:

1.5.1. After payment of the insurance payment, the Client acquires the status of the Insured and receives at the e-mail address specified when filling out the Application, the Insurer's notification confirming the conclusion of the Agreement in electronic form by sending an electronic document - visual form of Part A of the Agreement.

1.5.2. The Policyholder pays the amount of the Insurance Premium specified in Part A "Special Conditions" of the Agreement in a non-cash.

1.6. The implementation of these actions is the conclusion of the Agreement in electronic form, which, in accordance with paragraph 12 of Article 11 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", is equivalent to the written form of an agreement.

1.7. The Agreement is considered signed by the Insurer in accordance with Article 12 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", if on the visual form of Part 1 of the Agreement and in the Offer there is an analogue of the handwritten signature of the authorized person of the Insurer and the seal of the Insurer.

1.8. The Parties to the Agreement undertake the obligation to recreate the Agreement in hard copy, if necessary. At the written request of one of the Parties to conclude the Agreement in writing, such an Agreement is made within 5 (five) working days from the receipt of the relevant request and is subject to signing and affixing a seal (if any) by each of the Parties within 5 (five) working days from the date of its making. If one of the Parties refuses to sign the Agreement, the dispute is subject to judicial review in accordance with the current legislation of Ukraine.

1.9. A sample of the signature of the authorized person of the Insurer and the seal of the Insurer are given below:

**Chairman of the Board
PJSC "IC "INTER-PLUS"**



Chupyrkina O.D.

1.10. The date, time, procedure for accepting the Offer, a message confirming the conclusion of the Agreement in electronic form and making payment, exchange of electronic messages between the Parties, information about the fact of making the Agreement in writing are stored in the electronic database of the Insurer.

1.11. Making changes to the Agreement, as well as its early termination, are carried out on the basis of an application submitted by one Party to another Party in writing or in electronic form, by sending it to email address of the relevant Party.

PJSC "IC " INTER-PLUS ",

04116, city of Kyiv, street Starokyivska, build. 8/12 Tel. (044) 394-54-22 email address:: info@inter-plus.com.ua

GENERAL TERMS AND CONDITIONS

The INSURER, INTER-PLUS Insurance Company Private Joint-Stock Company, a payer of income tax on a general basis, acting under licences issued by the National Committee for State Regulation of Financial Services Markets, represented by the Chairman of the Board, O.D. Chupyrkina, acting under the Articles of Association or an authorised person acting under power of attorney issued by the Chairman of the Board

And

The POLICY HOLDER, a person (a legal person who organises a trip or journey abroad, or a legally capable natural person who has entered into this Policy for their own benefit or for the benefit of third parties) referred to in the respective section of the Individual Policy Terms and Conditions and who has paid the insurance premium.

Have entered into this Voluntary Emergency Medical and Other Medical Expenses Insurance Policy for the benefit of the insured travelling abroad (hereinafter the "Insurance Policy").

The INSURED are individuals intending to and travelling outside of Ukraine, who are covered by insurance and listed in the relevant section of the Individual Policy Terms and Conditions of the Policy. The Insured may acquire the rights and obligations of the Policy Holder. A close family member of the Insured may be involved in some events.

CLOSE FAMILY MEMBERS of the INSURED are husband/wife, children, mother, father, siblings of the Insured.

1.2. The Policy is entered into pursuant to the Law of Ukraine "On Insurance", "Rules of Voluntary Medical Insurance" of 26.09.2016, "Rules of Voluntary Accident Insurance" of 11.10.2011. All issues and disputes not covered by this Policy will be resolved subject to the applicable insurance laws of Ukraine, the rules and regulations of the host country and the Insurer's regulations referred to in this item.

1.3. The Insurer agrees to reimburse the Service Company, the Policy Holder, or the Insured for expenses relating to the provision of medical and other services under the Insurance Policy in the event of extraordinary events occurring before or during the Insured's trip outside Ukraine under the terms of the Insurance Policy.

SERVICE COMPANY is an assistance company acting for and on behalf of the Insurer in organizing the required assistance to the Insured and coordinating their actions in the event of an emergency or insured event. The name of the assistance company appears in the upper left-hand corner of the individual part of the Insurance Policy.

2. SUBJECT MATTER OF THE INSURANCE POLICY

2.1. The subject matter of the Insurance Policy is the property interests not contrary to the legislation of Ukraine relating to the medical and other expenses of the Policy Holder (the Insured).

3. INSURANCE RISKS AND INSURED EVENTS

3.1. An INSURED EVENT is an event that occurs as a result of insured risks and causes damage to the Insured. If an insured event occurs, the Insurer undertakes to arrange for the provision of the service (care) to the Insured and/or pay the insurance benefit through the Service Company to the medical institution that provided the service to the Insured or the Insurer if they have paid for such service themselves. Documentary evidence of an insured event is required. Emergency care is medical care that needs to be provided urgently and cannot be delayed.

Insured events are:

3.1.1. A SUDDEN ACUTE ILLNESS, HEALTH IMPAIRMENT, BODILY INJURY of the Insured that occurs unexpectedly and poses a threat to the life and health of the Insured and requires urgent medical care.

An ACCIDENT is a sudden, unforeseeable event beyond the control of the Insured that occurs during the validity of the Insurance Policy and causes bodily harm to the Insured or their death.

BODILY INJURIES are injuries, wounds, burns that the Insured sustained as a result of an accident that occurred during the validity period of the Insurance Policy and that require in-patient or out-patient treatment.

ACUTE PAIN is a reaction of the human nervous system to an external or internal stimulus, which, if not treated urgently, may give rise to painful shock, which would be life-threatening for the Insured.

3.1.2. SEVERE INJURY of the Insured as a result of an accident.

3.1.3. DEATH of the Insured due to a sudden acute illness or accident.

3.1.4. OCCURRENCE OF FINANCIAL LOSSES that may be caused by the factors such as:

- a road accident;
- an accident that happened to the Insured;
- the Insured's passport is lost or stolen;
- the Insured's sports equipment rented by the Insured at the recreational facility fails;
- the Insured's rights are infringed.

3.2. The list of insured events covered by the Insurance Policy and the way in which they are handled depends on the insurance plan chosen.

The event provided for in the terms of this agreement is an insured event, including if it occurred in a state of alcohol and / or drug intoxication in the Czech Republic.

3.3. An event shall not constitute an insured event and the insurance benefit (indemnity) shall not be payable if the events specified in item 3.1 of these General Terms and Conditions have occurred due to the factors such as:

3.3.1. The Insured uses and/or is intoxicated by alcohol, narcotic or toxic substances, except in the Czech Republic;

3.3.2. The Insured has violated the applicable laws, regulations and instructions of a temporary stay country resulting in the occurrence of an event; the Insured has caused bodily injury to themselves deliberately;

3.3.3. Suicide or attempted suicide;

3.3.4. The Insured participates in bets, offences or fights (other than self-defence);

3.3.5. The Insured participates in military operations of any kind, popular unrest, uprisings;

3.3.6. Acts of terrorism, war (declared or undeclared), hostilities or military action, civil unrest, strikes or a state of emergency;

3.3.7. Direct or indirect exposure to radioactive or ionizing radiation, chemical or bacteriological contamination;

3.3.8. The Insured drives any vehicle without a valid driver's licence or allows it to be driven by a person who does not have a licence or while under the influence of alcohol, drugs or other intoxicants;

3.4. Unless specifically agreed otherwise in the Insurance Policy and an additional insurance premium has been paid, the Insurer shall not pay the insurance benefit (indemnity) if the events listed in item 3.1 of these General Terms and Conditions have occurred due to factors such as:

3.4.1. Performing any sort of hazardous employment for hire in conjunction with any trade, profession, or craft;

3.4.2. Professional sports activities (including competitions and training sessions);

3.4.3. Engaging in dangerous sports and hobbies (horse racing, car racing and competitions, motor safaris, quad biking, cycling, horse riding; banjo-jumping, skydiving; contact martial arts; underwater diving using breathing apparatus (scuba diving), springboard diving, rafting; winter sports; mountaineering requiring the reasonable use of guides and ropes, cave rappelling; hang gliding, paragliding and any form of flight other than those in which the Insured is a passenger who has paid for travel on a regular flight or a licensed charter flight on an approved route.

4. INSURANCE PLANS AND THEIR CORRESPONDING EXPENSES REIMBURSED BY THE INSURER

Under this Insurance Policy, the Insurer will reimburse the Insured or the Service Company for expenses incurred outside Ukraine under the Insurance Plan that the Policy Holder has chosen (ECONOMY, STANDARD, ELITE), provided that such expenses have been agreed with the Service Company or the Insurer:

4.1. Plan ECONOMY.

This Plan reimburses the cost of emergency medical care provided to an Insured due to an acute worsening of their health status caused by a sudden illness or an accident, thereby endangering their life and health:

4.1.1. Emergency inpatient care (inpatient stay exceeding 24 hours) in medical institutions (provision of medicines, including pharmaceuticals, diagnostics and examination, treatment sessions and procedures, inter alia, emergency surgical interventions, consultations with specialists, stay and food during the inpatient stay according to the standards adopted in the particular institution) costing up to EUR 3,000 per insured event. The Insurer reserves the right to pay for the Insured's treatment abroad up to the limit set in the Insurance Policy until their health status allows them to be transported to Ukraine for follow-up treatment;

- Payments for the medicines intended for emergency treatment or the relief of an acute health condition that are purchased with a doctor's prescription and subject to the presentation of a prescription and payment confirmation costing up to EUR 150;

- Necessary, doctor-appointed replacement of glasses damaged as a result of an accident that resulted in injury to the Insured costing up to EUR 100;

4.1.2. Emergency medical care (including at the scene of a medical emergency) by ambulance;

4.1.3. Medical transportation:

- transportation of the Insured by ambulance to the nearest health care facility as agreed with the Service Company;

- medical evacuation (repatriation) from abroad to Ukraine, including expenses for an accompanying person with a medical certificate on the need for accompaniment;

4.1.4. Repatriation of the body in the event of the Insured's death to the nearest airport in the country of permanent residence or the nearest customs office (the mode of transport, terms and conditions of repatriation are determined by the Insurer) up to a limit of EUR 3,000 (three thousand). Herewith, the relatives or agents shall provide the Insurer with a statement confirming their willingness to take back the body of the Insured after crossing the border.

4.1.5. Telecommunications (communication services of the Insured (the Policy Holder) with the Service Company or the Insurer in the event of an insured event or emergency). The maximum reimbursement limit is EUR 10.

4.2. Plan STANDARD.

Plan B reimburses, in addition to the medical costs listed in Plan ECONOMY, the costs inseparably linked to the insured event such as:

4.2.1. Emergency outpatient care in a medical institution or by a certified health care professional (payment for health care professional consultations, therapeutic sessions and procedures, diagnostics and examinations and provision of pharmaceuticals, including medicines) costing up to EUR 400 per insured event; Emergency inpatient care in medical institutions (provision of pharmaceuticals, including medicines, diagnostics and examination, therapeutic sessions and procedures, including emergency surgical interventions, health care professional consultations, stay and food while staying in hospital according to standards adopted by a medical institution in question), including COVID-19 therapy costing up to EUR 5,000 per insured event;

4.2.2. The cost of medicines for emergency or acute care that are purchased with a doctor's prescription.

Please note! Costs for treatment of cold and infectious diseases shall be reimbursed only if the Insured's life is endangered;

4.2.3. Emergency dental care for acute dental pain (dental examination, x-rays, extraction or filling of natural teeth only) or destruction (loss) of natural teeth due to trauma caused by an accident that occurred during the term of the Policy, if a tooth has to be extracted, a procedure costing up to EUR 150, but maximum once per term of the Policy;

4.2.4. Emergency care for pregnant women up to the 7th month of pregnancy;

4.2.5. A third-party visit with the Insurer's approval if the length of the Insured's stay in hospital exceeds 10 days. Reimbursable: economy class fare, hotel accommodation for a maximum of four nights. The maximum reimbursement limit for hotel accommodation is EUR 50 per night;

4.2.6. An extension of the Insured's stay abroad if, as a result of a sudden illness or accident, a departure must be arranged later as prescribed by a doctor. Hotel accommodation is reimbursable for a maximum of four nights. The maximum reimbursement limit for hotel accommodation is EUR 30 per night;

4.2.7. Evacuation of an Insured's children under the age of 14, if necessary, in the event of the Insured's illness or death. The Insurer is entitled to use their return tickets;

4.2.8. The purchase of essentials if the Insured's luggage is delayed for more than 3 hours. The maximum reimbursement limit is EUR 50;

4.2.9. Assistance in replacing the Insured's identity documents if they are lost or stolen. The maximum reimbursement limit is EUR 200;

4.2.10. Reimbursement of expenses incurred by the Insured if the sports equipment rented by the Insured breaks down at the holiday destination. The maximum reimbursement limit is EUR 200.

4.3. Plan ELITE.

Plan C reimburses, in addition to the healthcare and administrative expenses listed in Plan STANDARD (without the application of the sublimits referred to in item 4.2.1), the expenses inseparably connected with the occurrence of the insured event such as:

4.3.1. Deportation of the Insured from the host country. Deportation costs of up to EUR 1,000 (one thousand) will be reimbursed;

4.3.2. Expenses related to damage the Insured caused to another person or their property unless not provided for in the Insurance Policy and the Policy Holder has paid an additional insurance premium. An insured event shall be recognised as such only out of the fact of establishing the obligation of the Policy Holder (the Insured) to reimburse the damage or losses through a free-will tripartite agreement between the Policy Holder (the Insured), the injured third party and the Insurer, or by an enforceable court decision.

4.3.3. The Service Company arranges for additional services for those insured under this Plan at a cost paid by the Insured such as:

4.3.3.1. Assistance in initiating a case to protect the rights of the Insured;

4.3.3.2. Arranging the services of a lawyer in administrative proceedings on behalf of or against the Insured. Exceptions: tax, labour or criminal legislation.

4.3. 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, the cost of a ticket in economy class is reimbursed with the consent of the Insurer.

4.4. VISA-POLICY category.

The VISA-POLICE category applies to Policyholders (the Insured) who have not yet received a visa to the country of visit and do not know the exact start date of their trip at the time the Insurance Policy is concluded. In such cases, the Insurance Policy's commencement is deemed to be the expected date of receipt of the visa, the Insurance Policy's duration is deemed to be the expected period of validity of the visa, and the Insurance Coverage's period of validity is the duration of stay in the country of visit as specified in the visa. The insured amount will be set as required by the embassy of the country of visit. The insurance premium shall be paid for the validity period of the insurance coverage. Insurance coverage begins and ends as set out in item 6.6 of these General Terms and Conditions.

4.4.1. The Insurance Plan chosen is indicated in the "Coverage" section of the individual part of the Insurance Policy.

5. COSTS NOT REIMBURSED BY THE INSURER. INSURED EVENT EXCEPTIONS

5.1. The Insurer will not reimburse to the Policy Holder (Insured Person) the costs such as those:

5.1.1. Not covered by the Insurance Policy and the selected Insurance Plan;

5.1.2. Related to medical treatment, surgical intervention, purchase of pharmaceuticals to relieve exacerbations of chronic diseases that existed at the time of concluding the Insurance Policy unless they constitute a threat to the Insured's life;

5.1.3. For consultations, examinations, and other diagnostic measures, as well as treatment and surgeries that are not emergency medical care and can be performed in Ukraine or the Insured's permanent residence country; and for those related to the performance of planned surgical interventions;

5.1.4. Related to diagnostic and surgical interventions on the heart and vessels (coronary artery bypass surgery, stenting, coronary angiography, balloon angioplasty, etc.), diagnosis and treatment of cerebrovascular diseases and diseases that are ICD-10 classified as I20-I25, even when medically indicated; diseases related to mountain sickness. Use of all types of stents for different purposes (duodenal, intestinal, pancreatic and others, etc.).

5.1.5. Sunstroke, sunburn, allergic reactions to the sun, and other skin changes caused by ultraviolet radiation that require medical attention;

5.1.6. Medical care for treatment of skin and subcutaneous tissue diseases ICD-10 classified as L20 to L60 (including, but not limited to sunlight-related dermatitis, allergic contact dermatitis), except cases requiring immediate medical attention to save the Insured's life; non-life-threatening insect bites, allergic reactions (other than Quincke's oedema);

5.1.7. For medical care for allergic reactions and illnesses other than Quincke's oedema;

5.1.8. For current vision and hearing examinations, hearing disorders treatment, ear diseases without pain syndrome (including wax plugs complicated by hypothermia and/or water ingress, or flights);

- 5.1.9. Diagnosis and treatment of diabetes mellitus and its complications, except for life-threatening conditions; tuberculosis and its complications;
- 5.1.10. Costs related to convulsive seizures, the course of nervous and mental illnesses (disorders); brain and spinal cord tumours; epilepsy; schizophrenia, and their consequences;
- 5.1.11. For treatment of epidemic and pandemic diseases; costs related to congenital anomalies and malformations, hereditary diseases; treatment of Dengue Fever;
- 5.1.12. Costs for the diagnosis and treatment of blood diseases, hematopoietic organs, chronic peripheral vascular diseases (varicose veins, etc.), haematological diseases, immunodeficiency disorders;
- 5.1.13. For the treatment and screening of benign and malignant neoplasms, including those that have just been discovered;
- 5.1.14. For the treatment and diagnosis of any disease caused by HIV infection, AIDS and/or any form of hepatitis and its consequences, and death as a result of the same;
- 5.1.15. For the treatment and screening of venereal diseases and sexually transmitted diseases;
- 5.1.16. The purchase and repair of aids (glasses, contact lenses, hearing aids, crutches, prostheses, wheelchairs, etc.); the purchase and use of prostheses of various kinds and purposes; devices that replace or compensate for the function of affected organs; surgical procedures involving metal osteosynthesis (other), even if medically indicated. For the treatment of complications resulting from or after surgical or non-surgical treatment when an insured event occurs;
- 5.1.17. For an abortion, unless the abortion was required due to an accident or sudden illness; costs associated with the treatment of gynaecological diseases, unless their necessity was caused by a threat to the Insured's life;
- 5.1.18. Related to in-vitro fertilisation, infertility treatment, or pregnancy prevention;
- 5.1.19. Related to the diagnosis of pregnancy, the treatment of pregnancy complications during the last three months before the expected due date, childbirth and complications after the 7th month of pregnancy;
- 5.1.20. For dental prosthetics and dental care that exceeds the care needed to eliminate the cause of acute pain and the risk of complications, and if emergency dental care is not covered by the insurance plan;
- 5.1.21. Self-treatment and/or treatment of an illness or injury caused by the Insured's own deliberate actions;
- 5.1.22. To reimburse the cost of medicines bought without a prescription and to pay for preventive, vitamin and general tonic products;
- 5.1.23. For the services of healthcare facilities or individuals who do not have the necessary licenses and permits to practice medicine in the country of temporary residence;
- 5.1.24. For the non-conventional treatment;
- 5.1.25. For the remedial, rehabilitative treatment, treatment in spas, sanatoriums, rest homes and other recreational facilities, as well as physiotherapy;
- 5.1.26. For hydrotherapy, heliotherapy and cosmetic treatment; use (treatment) of pressure chambers;
- 5.1.27. Medical error, inappropriate or insufficient medical treatment that caused the Insured's health condition to worsen during treatment (including if the worsening occurred during a stay in a health care facility as a result of receiving prescribed procedures);
- 5.1.28. Related to the provision of extra comfort (radio, TV), as well as hairdresser, beautician, masseur, etc;
- 5.1.29. To receive medical and medical transport services for persons staying abroad for planned treatment (including during stays in sanatoria and health resorts);
- 5.1.30. For services that exceed those needed for emergency care;
- 5.1.31. For services for which the Insurer's Service Company determines that the prices are more than moderate or reasonable in a particular region;
- 5.1.32. For repatriation of a person or treatment of injuries related to a flight on an aircraft that is not one of the officially registered or special flights registered in the international flight registry;
- 5.1.33. For medical evacuation (repatriation) when the Insured's health has improved to the extent that they can return to their country of permanent residence alone or with an accompanying person;
- 5.1.34. For transportation of the insured (even by helicopter) from one medical facility to another with no Insurer's prior approval; For medical transportation/repatriation if medical treatment of the illness or bodily injury may be postponed until the Insured returns to their country of permanent residence and/or if the illness does not hinder continuation of the trip;
- 5.1.35. For treatment in a public health care institution and any expenses if the Insured is eligible for free medical care;
- 5.1.36. For treatment in the country of temporary stay after the date on which medical repatriation is available on the opinion of a doctor appointed by the Insurer's Service Company;
- 5.1.37. For the continuation of the Insured's treatment after their return to Ukraine;
- 5.1.38. Family members or companions of the Insured during the Insured's inpatient treatment (except in the case referred to in item 4.2.5 of these General Terms and Conditions).
- 5.1.39. Related to unlawful actions (omissions) of state bodies;
- 5.1.40. Related to travel (trips) outside Ukraine to a country that is not recommended for entry by the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine;
- 5.1.41. Expenses in an amount lower than the deductible designated (defined) in the Policy
- 5.1.42. For losses that are reimbursed by the person responsible for causing them or the employer;
- 5.1.43. For outpatient and polyclinic treatment during the first day after crossing the border of Ukraine, except for cases requiring emergency medical care or related to damage of the musculoskeletal system (bones, ligaments), if the symptoms of the illness occurred before the departure abroad;
- 5.1.44. For treatment of non-natural teeth, replacement or repair of crowns and bridges, except for expenses defined in the Insurance Plan;
- 5.1.45. Related to the treatment of the Insured for an event that occurred as a result of a doctor's prescription not being followed properly;
- 5.1.46. If the Insured Person applies for treatment of acute respiratory diseases and acute respiratory viral infections on the first day of arrival abroad; treatment of acute respiratory diseases and acute respiratory viral infections without the presence of hypothermia syndrome;
- 5.1.47. Treatment-related gastrointestinal diseases of the Insured not requiring parenteral treatment for persons under 14 years of age. For a surgery to remove and/or crush any localised stones (in the urinary tract, kidneys, bladder, etc.);
- 5.1.48. For a consultation (medical check-up and examination, after which no treatment was prescribed);
- 5.1.49. For the diagnosis and treatment (except emergencies) of VVD (vegetovascular dystonia), NCD (neuron-circular dystonia), DEP (discirculatory encephalopathy), AH (arterial hypertension), CHD (coronary heart disease), CVI (cardiovascular insufficiency), diagnosis and treatment of asthenoneurotic syndrome, diabetes mellitus;
- 5.1.50. For the diagnosis and treatment of rheumatism and systemic connective tissue diseases (including collagenosis, systemic lupus erythematosus, scleroderma, periarteritis nodosa, rheumatoid arthritis, sarcoidosis, cystic fibrosis, multiple sclerosis, idiomatic fibrosing alveoli, etc.), regardless of clinical form and stage of the process and other systemic connective tissue diseases (Sjögren's syndrome, mixed connective tissue disease Behçet's disease, etc);
- 5.1.51. Any funeral expenses of the Insured (has been made/occurs in Ukraine or outside Ukraine); repatriation expenses without the approval/participation of the Service Company;
- 5.1.52. Any costs incurred by persons other than the Policy Holder/Beneficiary/ Insured and/or not approved by the Service Company and/or the Insurer.
- 5.1.53. Any medical transportation expenses (transportation of the Insured), medical evacuation (repatriation) from abroad to Ukraine, repatriation of the body in the event of the death of the Insured, if the illness, accident and/or death of the Insured resulted from any illness or event specified in Section 5 "COSTS NOT REIMBURSED BY THE INSURER. INSURED EVENT EXCEPTIONS" of these General Terms and Conditions;
- 5.1.54. An insured event shall not be recognised as an insurance event and any expenses shall not be reimbursed if the illness or symptoms of the illness occurred before or outside the territory of validity of the Insurance Policy unless the Insured's life is directly endangered;
- 5.2. The grounds for the Insurer's denial of indemnity shall be:
- 5.2.1. An intentional act by the Policy Holder or the person in favour of whom the Insurance Policy has been concluded, aimed at causing an Insured Event. This rule does not apply to actions related to the performance of their civil or official duty, in a state of necessary defence (without exceeding its limits) or in defence of property, life, health, honour, dignity, and goodwill. The actions of the Policy Holder or the person in favour of whom the Insurance Contract is concluded shall be subject to assessment under the applicable laws of Ukraine;
- 5.2.2. The Policy Holder who is a national or another person in favour of whom the Insurance Policy has been concluded commits an intentional crime that results in an Insured Event;

- 5.2.3. The Policy Holder has knowingly provided false information about the subject of the Insurance Policy or about the occurrence of an Insured Event;
- 5.2.4. Failure to notify the Insurer (its Service Company) in good time (more than 24 hours after the occurrence of an Insured Event) for no valid reason;
- 5.2.5. Failure to comply with or violation of the Service Company's instructions;
- 5.2.6. The Policy Holder (the Insured) fails to comply with their obligations under the Insurance Policy;
- 5.2.7. Documents of the Insured Event (or documents required for payment of the Insurance Indemnity) are presented after the Insurance Policy's term expires (30 calendar days after the return from an overseas trip);
- 5.2.8. Other cases provided for by the legislation of Ukraine.

6. VALIDITY PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

- 6.1. If the Insurance Policy to be entered into covers more than four people, it must be accompanied by a list of the Insured, which is an integral part of this Policy.
- 6.2. The Insurance Policy cannot be concluded to cover people under the age of six months or people over the age of 75. In individual cases, with the consent of the Insurer, the Insurance Policy for such persons may be concluded subject to the payment of a triple insurance premium.
- 6.3. For the Silver Business Card and Gold Business Card categories, the Insurance Policy is entered into for one year, and the required number of plastic cards will be issued to the Policy Holder. When using corporate (nameless) cards the Policy Holder must give the Insurer the last name, first name and patronymic of the person(s) leaving, their international passport number, host country and period of stay abroad in writing (by fax or e-mail) at least 3 business days before each trip abroad.
- 6.4. Except for Ukraine, the Insured's country of permanent residence, the country of which they are nationals, areas of armed conflict, and those subject to UN sanctions, the Insurance Policy is valid in all countries around the world. The area of validity of the Insurance Policy is to be specified in the Individual Terms and Conditions of the International Travel Insurance Policy.
- 6.5. The Insurance Policy shall enter into force on the date specified as the Insurance Policy's commencement date, provided that the Insurance Premium is paid within the term specified in the Policy, except in the cases specified in item 4.8 of these General Terms and Conditions.
- 6.6. The insurance coverage begins when the Insured passes through the border control upon departure, but no earlier than the date specified in the Individual Part of the Insurance Policy, and ends when the Insured passes through the border control upon entry into Ukraine, but no later than the end date specified in the Insurance Policy. The insurance coverage does not apply if the Policy was concluded while the Insured was outside of Ukraine. The period of insurance coverage for the "Trip Cancellation" Plan begins on the date of payment of the insurance premium, but no earlier than 60 days before the date of the Policy Holder's departure on a foreign tourist trip, and ends when the Policy Holder passes through the border when leaving Ukraine.
- 6.7. The Insurance Policy will terminate and become null and void upon agreement between the parties and in these cases:
- 6.7.1. The Policy expires;
- 6.7.2. The Insurer has fulfilled its obligations to the Policy Holder in full;
- 6.7.3. The Policy Holder fails to pay the insurance premiums as specified in item 7.3 of these General Terms and Conditions;
- 6.7.4. The Policy Holder which is a legal person is wound up or the Policy Holder which is a national dies or loses their legal capacity, unless otherwise provided for in the Law of Ukraine "On Insurance";
- 6.7.5. The Insurer is wound up in the manner prescribed by the laws of Ukraine;
- 6.7.6. A court decision is issued declaring the Insurance Policy null and void;
- 6.7.7. Other cases provided for by the legislation of Ukraine.
- 6.8. The Insurance Policy may be amended and supplemented by an agreement, or the Insurance Policy may be terminated early at the request of the Policy Holder or the Insurer.
- 6.9. If the Insurance Policy is terminated early at the request of the Policy Holder, the Insurer shall refund to the Policy Holder the insurance premiums for the period remaining until the expiry of the Policy with a deduction of 30% of the regulatory business expenses of the insurance premium, the actual insurance indemnity payments that have been made under this Insurance Policy. If the Policy Holder's request is based on the Insurer's violation of the Insurance Policy, the latter must refund the Policy Holder's insurance premiums in full.
- 6.10. The Policy Holder will be refunded the full insurance premiums paid if the Insurance Policy is terminated early at the request of the Insurer. If the Insurer's claim is due to the Policy Holder's failure to comply with the terms and conditions of the Insurance Policy, the Insurer shall refund to the Policy Holder the insurance premiums for the period remaining until expiry of the Policy with a deduction of 30% of the regulatory business expenses of the insurance premium, the actual insurance benefit payments that have been made under this Insurance Policy.
- 6.11. In all cases of early termination of the Insurance Policy, the Policy Holder (the Insured) must return to the Insurer the original counterpart of this Policy as well as all plastic cards received.

7. INSURANCE AMOUNT, INSURANCE RATE , INSURANCE PAYMENT, DEDUCTIBLE

- 7.1. An INSURANCE AMOUNT is the amount of money within which the Insurer is required by the Insurance Terms and Conditions to arrange for the provision of the required service or to make a payment in the event of an Insured Event. An insurance amount varies depending on the selected insurance plan and additional risks and is specified in the "Insurance Amount per Person" Section in the individual part of the Insurance Policy.
- 7.2. An INSURANCE RATE is a rate of insurance payment expressed as a percentage of the Insurance Amount. It varies according to the likelihood of the risk occurring and is expressed as a percentage. A specific amount of insurance rates depending on the selected risks is to be specified in the individual part of the insurance policy.
- 7.3. An INSURANCE PAYMENT (CONTRIBUTION, PREMIUM) is a payment for insurance coverage that the Policy Holder is required to make to the Insurer under the Insurance Policy. The amount of the Insurance Premium shall be set depending on the Insurance Amount, Insurance Period and other terms and conditions of the Insurance Policy and be specified in the "Insurance Premium" Section of the Individual Part of the Insurance Policy.
- 7.4. The Policy Holder shall pay the Insurance Premium in a lump sum for the entire Insurance Period up to the date specified in the Policy as the commencement of the Insurance Policy. The Policy Holder shall pay the Insurance Premium to the Insurer or their representative in cash or by wire transfer as prescribed by the applicable laws of Ukraine.
- 7.5. A DEDUCTIBLE is a portion of a loss that is not reimbursed by the Insurer and is to be specified in the individual part of the Insurance Policy. The unconditional deductible for the "Trip Cancellation" Plan is 10% of the insurance amount.

8. RIGHTS AND LIABILITIES OF THE PARTIES

- 8.1. The Policy Holder (the Insured) shall be entitled as follows:
- 8.1.1. To be reimbursed for the expenses defined in the Insurance Policy subject to these General Terms and Conditions for medical, legal and other services received;
- 8.1.2. To claim that the Insurer pays the insurance premium (indemnity) on time (within the time frame stipulated in the Insurance Policy). The Policy Holder (the Insured) shall be paid a penalty for each day of late payment of the insurance indemnity due to the Insurer's fault, the amount of which is determined by the applicable laws of Ukraine.
- 8.2. The Insurer shall be entitled as follows:
- 8.2.1. To check the information provided by the Policy Holder (the Insured);
- 8.2.2. To refuse the insurance payment (payment of the insurance indemnity) in the cases specified in items 3.3, 5.1, and 5.2 of these General Terms and Conditions and the applicable laws of Ukraine, as well as in the case of the Policy Holder's (the Insured's) failure to comply with the requirements of item 8.3 of these Terms and Conditions;
- 8.2.3. To act on behalf of the Policy Holder (the Insured) on their instructions before judicial or arbitration authorities, or before claimants.
- 8.3. The Policy Holder undertakes to:
- 8.3.1. Make all information it knows that is relevant to the assessment of the insurance risk available to the Insurer;
- 8.3.2. Make timely insurance payments;
- 8.3.3. Take measures to prevent and reduce losses due to the occurrence of emergencies;
- 8.3.4. If an insured event or extraordinary events occur, act in accordance with the terms, conditions and requirements set out in Section 9 "Actions to be Taken by the Parties in the Case of an Insured Event" of these General Terms and Conditions;

8.3.5. To agree with the Insurer and/or the Service Company whose telephone numbers are indicated in the Insurance Policy on all actions related to obtaining treatment and other services in the event of the occurrence of events specified in item 3.1 of these General Terms and Conditions.

8.3.6. Comply with the instructions and recommendations of the Insurer and/or the Service Company thereof;

8.3.7. Allow the Insurer's expert physicians and their authorised representatives free access to all medical, financial and other documentation relating to the insured event;

8.3.8. Give 24 hours notice to the Insurer of the occurrence of an Insured Event if the Policy Holder (the Insured) has not used the services of the Insurer's Service Company and has paid for the services themselves.

8.4. The Insurer undertakes to:

8.4.1. Make the Policy Holder aware of these General Terms and Conditions and the Insurance Terms and Conditions;

8.4.2. Take action within two business days of learning of the insured event's occurrence to prepare all necessary documents for the timely payment of the insurance premium (indemnity) to the Policy Holder (the Insured);

8.4.3. If an insured event occurs, pay the insurance premium (indemnity) within 10 banking days after the decision to pay the insurance premium, assuming the Insurer has received all relevant information and properly executed documentation about the event. The Insurer shall be subject to financial liability for failure to pay the insurance premium (insurance indemnity) on time by paying a penalty (fine, interest) to the Policy Holder, the amount of which shall be determined in accordance with the applicable laws of Ukraine;

8.4.4. Reimburse the Policy Holder for the costs incurred in preventing or mitigating the loss upon the occurrence of the Insured Event.

8.4.5. Except in cases provided for by the laws of Ukraine, keep information about the Policy Holder and his property status confidential.

9. ACTIONS OF THE PARTIES UPON THE OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT

9.1. In the event of an emergency, the Insured (the Policy Holder) or their representative must contact the Service Company within 24 hours at the telephone numbers specified in the Insurance Policy and provide the following information:

9.1.1. Insurance Policy number;

9.1.2. First name and last name of the Insured;

9.1.3. Location and contact phone number of the Insured;

9.1.4. The circumstances in which the event occurred and the extent of the assistance required.

9.2. In the event of an emergency, the Insured or their representative must take all reasonable steps to prevent or reduce the loss.

9.3. If the Insured, for objective reasons, does not contact the Service Company to obtain the necessary assistance and must pay for the cost of the emergency services provided to them, they must agree to this with the Insurer. Otherwise, the Insurer shall proceed in accordance with item 10.3 of these General Terms and Conditions.

10. PAYMENT PROCEDURE OF INSURANCE INDEMNITY. REFUSAL OF PAYMENT. DISPUTE RESOLUTION PROCEDURE

10.1. The Service Company which is the Insurer's overseas representative is responsible for paying the cost of emergency services provided to the Insured abroad.

Settlements between the Insurer and the Service Company for services rendered to the Insured shall be made in the manner and within the time frame stipulated in the contract between the Insurer and the Service Company.

10.2. If the Insured has paid for emergency services themselves but has agreed to pay these costs with the Insurer or the Service Company, the Insurer will reimburse reasonable and documented costs after the Insured returns from the trip to the extent of the Insurance Policy's insurance amount. The insurance payment (insurance indemnity) shall be made in Ukrainian national currency at the NBU exchange rate as of the date of payment abroad.

10.3. If the Insured has paid the cost of emergency services themselves but has not agreed to them with the Insurer or the Service Company for no valid reason, the Insurer is entitled to refuse to pay the insurance premium or will reimburse these costs after the Insured returns from the trip, but the amount shall not exceed EUR 100, subject to justification and documentary evidence of these costs.

10.4. To receive an insurance payment (payment of insurance indemnity), the policyholder has the right to contact the insurer within 30 calendar days from the date of return from the trip.

10.5. The Policy Holder may apply to the Insurer within 30 calendar days of returning from the trip in order to receive the insurance payment (premium). The documents the Policy Holder is required to provide in this case:

10.5.1. A written application for reimbursement made in the form at the Insurer's discretion;

10.5.2. Original counterpart of the Insurance Policy;

10.5.3. Original medical reports and detailed invoices for the cost of services received;

10.5.4. Original prescriptions for the purchase of prescribed medicines that include the name of the doctor, the name of the prescribed medicines, and the cost, and bear the seals of the doctor or medical institution;

10.5.5. Original medical report (findings), receipts (itemized invoices) for the treatment received, indicating the patient's name, diagnosis, anamnesis, details of individual treatment procedures, and treatment dates;

10.5.6. Original receipts (cashier's checks) confirming payment of bills and prescription medicines;

10.5.7. Photocopies of the Insured's international passport (child's travel document, birth certificate if the Insured is under 16 years of age), national passport, and identification code of the person eligible for the insurance premium.

10.6. The Insurer shall make a decision on the payment of or refusal to pay the insurance premium within 10 business days of the receipt of all the required documents listed in item 10.5 of these General Terms and Conditions.

10.7. Persons insured under the "Voluntary Accident Insurance Regulations" of 11.10.2011 are entitled to an accident insurance premium in the event of an accident. The insurance premium shall be paid at a certain percentage of the insurance amount specified in these Terms and Conditions, depending on the nature of the injury.

10.8. To receive the insurance premium, the Insured or their legal successors must submit the following documents to the Insurer, in addition to the documents referred to in item 10.5 of these General Terms and Conditions:

10.8.1. Accident report or documents from the healthcare facility confirming the injury;

10.8.2. A statement from a healthcare institution on the diagnosis found;

10.8.3. Disability group certificate (in the event that an additional payment is made after the Insured's disability group has been assigned);

10.8.4. Death certificate of the Insured;

10.8.5. Succession document (in the event of death of the Insured).

10.8.6. Documents must be submitted to the Insurer in Ukrainian and/or Russian. If the documents are in another language(s), a certified translation into Ukrainian and/or Russian must be provided.

10.9. The Insurer shall make a decision on the insurance premium within 10 business days of receiving confirmation of the accuracy of all the documents submitted, as defined in item 10.8 of these General Terms and Conditions.

10.10. The Insurer shall pay out the Insurance Payment (Insurance Premium) within 10 banking days from the date of the decision to pay out the Insurance Payment.

10.11. The Policy Holder may file an appeal in a court of law against the Insurer's refusal to make the insurance payment (premium).

10.12. The Parties shall endeavour to resolve any disagreements between them amicably through negotiations.

10.13. The Insurance Terms and Conditions shall govern the Parties in all issues not covered by the Policy. If the provisions of the Policy conflict or are understood differently from the provisions of the Insurance Terms and Conditions, the provisions of the Policy shall take precedence over the provisions of the Insurance Terms and Conditions. To the extent not governed by the Policy and the Insurance Terms and Conditions, the Parties' relationships shall be governed by the applicable laws of Ukraine.

10.14. The Policy Holder agrees to the Insurer to collect, process and use the personal data of the Policy Holder for the purpose of concluding and executing the Insurance Policy, as well as to perform other actions stipulated by the Law of Ukraine "On Personal Data Protection", and acknowledges that it is notified of its rights, location of the personal data base, purpose of collection and possibility to provide personal data to third parties for the fulfilment of the said purpose.

10.15. The Policy Holder agrees and does not object to the Insurer conducting the identification and study of financial activity in accordance with the requirements of the Law of Ukraine "On Prevention and Counteraction to Legalization (Laundering) of Criminal Proceeds, Terrorist Financing and Financing Weapons of Mass Destruction Proliferation" of 14.10.2014 No. 1702-vii and Decree of the State Committee for Regulation of Financial Ser-

vices Markets of Ukraine "On Amendments to the Regulation on Financial Monitoring by Financial Institutions" of 24.02.2011 No. 102, registered with the Ministry of Justice on 18.05.2011 under No. 600/19338.

10.16. The Policy Holder acknowledges that it has read the information specified in Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets".

10.17. Consumer rights are protected in accordance with consumer protection legislation as well as financial services market regulation. Details of the regulatory authority and details of the consumer protection authority: National Bank of Ukraine.

Address: 9 Instyutaska Street, Kyiv, 01601. Call centre helpline telephone number: 0 800 505 240, Website: www.bank.gov.ua

State Inspectorate of Ukraine for the Protection of Consumer Rights.

Address: 174 Horkoho St., Kyiv, 03150. Tel.: (044) 528-84-74. E-mail: dsiu@dsiu.gov.ua, Website: www.dsiu.gov.ua.

Consumer Protection Inspectorate in Kyiv.

Address: 8-A Terokhina Street, Kyiv, 04070. Tel./fax: (044) 482-40-00, 463-79-73. E-mail: mkyiv_zah@ukr.net.

10.18. The applicable laws of Ukraine will be used to resolve any issues where no agreement has been reached.

**Chairman of the Board
PJSC "IC "INTER-PLUS"**



Chupyrkina O.D.