



Додаток №1 до Договору комплексного страхування осіб, що подорожують за кордон/ Appendix p.1 to the Comprehensive Travel Insurance Contract

УМОВИ СТРАХУВАННЯ EKTA Standart / INSURANCE TERMS AND CONDITIONS EKTA Standart

ПОСЛУГИ ПЕРЕДБАЧЕНІ ДОГОВОРОМ, ВАРТІСТЬ ЯКИХ ОПЛАЧУЄ СТРАХОВИК

Для будь-якої Застрахованої особи:

Невідкладна медична допомога;

Невідкладна стоматологічна допомога:

- при виникненні гострого зубного болю - до 150 ЄВРО

- внаслідок настання нещасного випадку - до 300 ЄВРО

Невідкладна акушерська допомога до 29-го тижня вагітності;

Транспортування Застрахованої особи, в разі клінічної необхідності – за медичними показниками, до найближчої лікарні або лікаря;

Репатріація Застрахованої особи;

Репатріація тіла Застрахованої особи

THIS INSURANCE WILL COVER THE FOLLOWING EXPENSES

Emergency medical care;

Emergency Dental treatment to relieve pain up to 150 EUR

or any dental treatment costs caused by accident up to 300 EUR

Pregnancy aid up to 29-th week;

Transportation in case of clinical necessity caused by the medical state to the nearest hospital or to the doctor;

Repatriation;

Human remains repatriation.

ГЛАВА 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВІЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. Договір страхування (надалі за текстом – Договір) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни та виконувати всі інші умови Договору.

1.2. Медичні витрати / Medical expenses - добровільне страхування медичних витрат.

1.3. Асистанська компанія – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) під час настання подій, передбачених Договором як страхові випадки, надає послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) за кордоном в разі настання страхового випадку, а також здійснює оплату наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) послуг від імені Страховика.

1.4. Нещасний випадок – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що не залежить від волі особи та супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування, кліщовий або після прищеплювальний енцефаліт (енцефаломієліт), правець, ботулізм.

1.5. СТД – суб'єкт туристичної діяльності, що згідно законодавства України має право на надання послуг з організації зарубіжних поїздок для громадян.

1.6. Договір про надання туристичних послуг – домовленість сторін, укладена в письмовій формі за умовами якої одна сторона (суб'єкт туристичної діяльності) за встановлену договором плату зобов'язується забезпечити надання за замовленням іншої сторони (туриста - Страхувальника (Застрахованої особи)) комплексу туристичних послуг. Договір про надання туристичних послуг може укладатися шляхом видачі ваучера.

1.7. Туристський ваучер («путівка»), надалі Ваучер - документ, що підтверджує статус особи або групи осіб як туристів, оплату послуг чи її гарантію і є підставою для отримання туристом або групою туристів туристичних послуг.

1.8. Разова зарубіжна поїздка – поїздка яка здійснюється Страхувальником (Застрахованою особою) з чітко визначеними строками перебування за кордоном, з можливістю разового в'їзду на обмежений строк до обраної країни подорожі (території (місця дії) Договору). Як правило, такі поїздки можуть здійснюватись по біометричному паспорту, а також гостьовим, туристичним, робочим та іншим типам віз, які дають право разового в'їзду на територію обраної країни

1.9. Багаторазова зарубіжна поїздка – поїздка яка здійснюється Страхувальником (Застрахованою особою) з відкритою датою перебування за кордоном, тобто Страхувальник (Застрахована особа) може перебувати на території обраної країни (території (місця дії) Договору страхування) багаторазово але у межах лімітів (днів) визначених у Договорі страхування, при цьому при кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Страхувальником

SECTION 1. GENERAL

1. DEFINITION OF TERMS USED IN THE INSURANCE CONTRACT

1.1. Insurance Contract (hereinafter referred to as the Contract) is a written agreement between the Insured and the Policyholder, pursuant to which the latter assumes the obligation to indemnify upon happening of an insured event, and the Policyholder (the Insured) is obliged to pay premiums within the terms as specified in the Contract and perform all other contractual provisions.

1.2. Medical expenses means a voluntary insurance of healthcare expenses.

1.3. Assistance company is a legal entity that acts for and on behalf of the Insurer and coordinates actions of the Policyholder (the Insured) upon the occurrence of loss events covered by the Contract, provides services to the Insured (an insured party) abroad in case of the occurrence of a loss event and effects payment for the services provided to the Policyholder (the Insured) on behalf of the Insurer.

1.4. Accident is an unexpected unforeseeable event caused by external circumstances, which does not depend on the affected person's will and is accompanied with damage to body tissues and impairment of their integrity and functions, as well as the deformation of and damage to the musculoskeletal system. Accidents also include an unexpected inhalation of foreign materials, drowning, heat stroke, burns, animal bites, venomous insect and snake bites, freezing injury, hypothermia, electric trauma, lightning stroke, accidental poisoning with poisonous substances, gases, medicines or low-quality food, tick-borne or vaccine encephalitis (encephalomyelitis), tetanus and botulism.

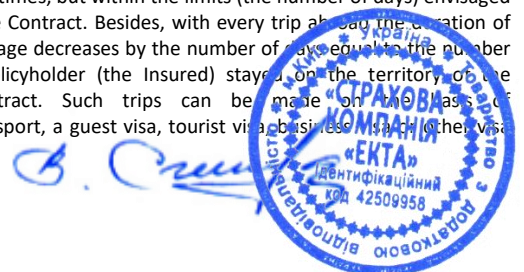
1.5. Travel provider is an entity entitled to provide travels abroad to citizens, pursuant to applicable law of Ukraine.

1.6. Travel contract is a written agreement between parties, under which one party (a travel provider) undertakes to provide the other party (a tourist / the Policyholder (the Insured)) with a package of travel services for the price as stipulated in the travel contract. A travel contract may be concluded by means of issuing a travel voucher.

1.7. Travel voucher or trip ticket (hereinafter - the Voucher) is a document that confirms the status of a tourist for an individual or a group and the fact of payment or the guarantee of payment, and serves as a ground for obtaining travel services by a tourist or a group of tourists.

1.8. Single trip abroad is a trip made by the Policyholder (the Insured) with a clearly marked duration of stay and a single entrance to the selected foreign country (territory of the Contract) for a limited term. Such trips can be made on the basis of a biometric passport, a guest visa, tourist visa, business visa or other visa types that grant the right for a one-time entry to the territory of the selected country.

1.9. Multiple trip abroad is a trip made by the Policyholder (the Insured) without specifying the last day of stay abroad. Thus, the Insured (an insured party) is entitled to visit the territory of the selected country (territory of the Contract) many times, but within the limits (the number of days) envisaged in the Insurance Contract. Besides, with every trip abroad the duration of insurance coverage decreases by the number of days on the territory of the Insurance Contract. Such trips can be made on the basis of a biometric passport, a guest visa, tourist visa or other visa types that grant the right for a one-time entry to the territory of the selected country.





(Застрахованою особою) на території (місця дії) Договору страхування. Як правило, такі поїздки можуть здійснюватись по біометричному паспорту, а також гостьовим, туристичним, робочим та іншим типам віз, які дають право в'їзду на територію обраної країни багаторазово.

1.10. Правила страхування (надалі Правила) – Правила страхування Страховика, зареєстровані належним чином у Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг на підставі яких Страховик укладає Договори страхування. Цей Договір укладений на підставі таких правил: «Правила добровільного страхування медичних витрат»;

1.11. Раптове захворювання – раптове непередбачене гостре погіршення стану здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), що загрожує життю та здоров'ю цієї особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги.

1.12. Страховик – ТДВ «СК «ЕКТА», Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Ділова буд. 5, корпус 2, літера В1; код в ЄДРНОУФOPГФ 42509958; п/р UA 87 300346 0000026507061932201 в АТ «АЛЬФА-БАНК», МФО 300346, тел.: 0-800-305-122.

1.13. Страхувальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.14. Застрахована особа – особа, на користь якої укладено Договір. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування відносно себе він одночасно є Застрахованою особою. Застрахована особа, згідно у умовами Договору, може набувати права та обов'язки Страхувальника.

1.15. Найближчі родичі – родичі особи першої лінії рідства, а саме чоловік/дружина, діти, батьки, брати/сестри.

1.16. Третя особа – будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника і Застрахованих осіб.

1.17. Місце постійного проживання – місце проживання фізичної особи на території якої-небудь держави не менше одного року, яка не має постійного місця проживання на території інших держав і має намір проживати на території цієї держави протягом необмеженого строку, не обмежуючи таке проживання певною метою, і за умови, що таке проживання не є наслідком виконання цією особою службових (посадових) обов'язків або зобов'язань за договором (контрактом).

1.18. Заняття спортом на аматорському рівні (sport A) – нерегулярні заняття будь-яким видом спорту (в тому числі під час відпочинку) або регулярні заняття спортом (відвідування спортивної секції), коли спорт не є основним родом діяльності Страхувальника (Застрахованої особи) та Страхувальник (Застрахована особа) не приймає участь у змаганнях.

1.19. Заняття спортом на професійному рівні (sport P) – регулярні заняття будь-яким видом спорту, коли спорт є основним родом діяльності Страхувальника (Застрахованої особи) або Страхувальник (Застрахована особа) приймає участь у змаганнях.

1.20. Франшиза – це частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Якщо розмір франшизи визначено в іноземній валюті, то перерахунок суми франшизи у гривні проводиться за офіційним обмінним курсом Національного Банку України (далі за текстом НБУ) на дату настання страхового випадку.

2. МІСЦЕ І СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

2.1. Договір діє виключно на території країн, зазначених в Договорі, за виключенням території країн, де ведуться військові дії, та які знаходяться під санкцією ООН (крім випадків, коли це передбачено особливими умовами Договору і сплати додаткового страхового платежу) та території країни місця постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи).

2.2. Строк дії Договору зазначається в Частині 1 цього Договору.

2.3. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за Київським часом) дня, наступного за днем надходження страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок або в касу Страховика.

2.4. Страховик несе відповідальність за Договором у межах періоду (кількості днів), яка зазначена Договорі - «Обмеження днів». Початок відповідальності Страховика починається з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) прикордонного контролю під час виїзду з місця постійного проживання, за умови сплати Страхувальником Страховику страхового платежу у повному обсязі, та закінчується з моменту проходження Страхувальником (Застрахованою особою) митного контролю під час в'їзду у місце постійного проживання, або о 24-00 годині 00 хвилин (за Київським часом) дати, вказаної в Договорі, як дата закінчення строку його дії, в залежності від того, яка з цих подій відбулася першою. При кожному виїзді за кордон з місця постійного проживання строк дії Договору в частині зобов'язань Страховика зменшується на кількість днів, проведених Страхувальником (Застрахованою особою) на території дії Договору (за межами місця постійного проживання).

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

3.1. Страховик зобов'язаний:

types that grant the right for a multiple entry to the territory of the selected country.

1.10. Insurance rules (hereinafter: the Rules) are insurance rules of the Insurer properly registered in the State Commission for Regulation of Financial Services Markets, on the basis of which the Insurer draws up and executes Insurance Contracts. This Contract has been executed on the basis of the following Insurer's Rules for Voluntary Insurance of Medical Expenses;

1.11. Sudden disease is a sudden unexpected acute aggravation of health of the Policyholder (the Insured) that poses threat to life and health of the affected person and requires an emergency medical care.

1.12. Insurer - «IC «EKTA» ALK Location: 03150, Kyiv, street. Business, 5 corps 2, letter B1 : code 42509958; current account UA 87 300346 0000026507061932201 in PJSC Alfa Bank ", tel. : 0-800-305-122.

1.13. Policyholder is a legal entity or an individual that has concluded the Insurance Contract with the Insurer.

1.14. Insured is an individual covered by the insurance pursuant to the Insurance Contract. If insurance covers the Policyholder, it is considered to be the Insured at the same time. The Insured, under the Contract, is entitled to accrue rights and obligations of the Policyholder.

1.15. Immediate family means first degree relatives, namely, a spouse, children, parents, brothers/sisters.

1.16. Third party is any other party except for the Insurer, Policyholder and Insureds.

1.17. Permanent place of residence – place of residence of an individual on any country's territory for at least one year without having a permanent place of residence in other countries who intends to live in the country for an unlimited time without limiting his/her residing by a specific aim and on the stipulation that such residing is not caused by the performance of business (position) obligations or contractual obligations.

1.18. Doing sport at the amateur level (sport A) – irregular engagement in sport activities (including such on vacation) or regular activities (attending of sports clubs), whereas the sport is not a principal form of activity of the Policyholder (the Insured) and the Policyholder (the Insured) does not participate in sports competitions.

1.19. Doing sport at the professional level (sport P) –regular engagement in sport activities, and the sport is the principal form of activity of the Policyholder (the Insured) or the Policyholder (the Insured) participates in sports competitions.

1.20. Deductible is an amount of loss that would not be indemnified by the Insurer under the Contract. If the amount of the deductible is specified in a foreign currency, then recalculation thereof to Ukrainian hryvnia is performed in accordance with an official exchange rate established by the National bank of Ukraine (NBU) as of the date an insured event occurred.

2. TERRITORY COVERAGE AND DURATION

2.1. The Contract shall be valid on the territory of the countries specified in Contract, except for countries involved in war actions and countries under sanctions imposed by the United Nations Organization (except insofar as envisaged by specific conditions of the Contract and additional insurance premiums), and the territory of the country of the permanent place of residence of the Policyholder (the Insured).

2.2. The term action of the Contract registers in Section 1 of the Contract.

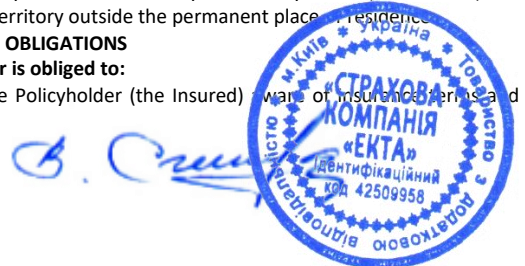
2.3. The Contract shall become effective at midnight (Kyiv time) on the date following after a date receipt of insurance payment in full on a current account or in the cashdesk of Insurer.

2.4. The Insurer shall bear responsibility under the Contract within a timespan (the number of days) as "Days Limitation". Beginning of responsibility of Insurer begins from the moment of passing customs control by the Policyholder (the Insured) during departure from the permanent place of residence, on condition of payment of Insure Insurer of insurance payment in full, and closed from the moment of passing customs control by the Policyholder (the Insured) when entering the place of permanent place of residence, or at midnight (Kyiv time) on the date specified of the Contract as the End Date, depend on that these events took place the first. Every time the Policyholder (the Insured) could go abroad from the permanent place of residence, the term of the Contract validity as for obligations of the Insurer shall decrease by the number of days the Policyholder (the Insured) has stayed on the territory outside the permanent place of residence.

3. RIGHTS AND OBLIGATIONS

3.1. The Insurer is obliged to:

3.1.1. make the Policyholder (the Insured) aware of insurance terms and conditions;





3.1.1. ознайомити Страхувальника (Застраховану особу) з умовами та Правилами страхування;

3.1.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

3.1.3. при настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату:

3.1.3.1. Асистанській компанії – в порядку та строк, визначений в договорі, укладеним між Асистанською компанією та Страховиком або

3.1.3.2. Страхувальнику (Застрахованій особі) або третій особі, яка фактично здійснила оплату отриманих (Страхувальником) Застрахованою особою послуг протягом 10 (десяти) робочих днів після прийняття рішення про виплату. Страховик несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені, розмір якої дорівнює подвійній обліковій ставці НБУ, що діяла протягом періоду прострочки, від суми заборгованості за кожен день прострочки але не більше 10% від суми страхової виплати (страхового відшкодування);

3.1.4. за заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір;

3.1.5. не розголошувати відомості про Страхувальника (Застраховану особу) та його майновий стан, за винятком випадків, встановлених законом.

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. при укладенні Договору, надати Страховику всю інформацію стосовно обставин, які мають істотний вплив на ступінь ризику, такі як: мета подорожі, (професійна діяльність за кордоном, заняття спортом на аматорському та/або професійному рівні, виконанням робіт під час поїздки, тощо), а також повідомити інформацію щодо наявності хвороб, в тому числі хронічних, виявлених та існуючих на момент оформлення Договору, та надати інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

3.2.2. при укладенні Договору на користь інших осіб (Застрахованих осіб) – одержати їх згоду на укладення Договору на їх користь, а також ознайомити їх з умовами та Правилами страхування;

3.2.3. внести страховий платіж в повному розмірі в порядку, передбаченому цим Договором;

3.2.4. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні Договори, щодо цього предмета Договору;

3.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

3.2.6. в разі дострокового припинення дії Договору повернути оригінал Договору Страховику.

3.3. Застрахована особа зобов'язана:

3.3.1. повідомити Страховика/Асистанську компанію про настання випадку, що має ознаки страхового, у порядку та строки, що передбачені Договором;

3.3.2. виконувати всі рекомендації Асистанської компанії та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором;

3.3.3. надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку або визначення розміру страхової виплати;

3.3.4. в частині обставин страхового випадку, звільнити третіх осіб від обов'язку, щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно Страхувальника (Застрахованої особи), а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Страхувальнику (Застрахованій особі) послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної зі страховим випадком.

3.4. Страховик має право:

3.4.1. перед укладенням Договору вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) всю потрібну інформацію для встановлення ступеня страхового ризику;

3.4.2. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації;

3.4.3. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності, направляти запити до компетентних органів (організацій) про надання відповідних документів і інформації;

3.4.4. затримати здійснення страхової виплати до 30 (тридцяти) робочих днів до з'ясування обставин події, в разі наявності обґрунтованих сумнівів в достовірності наданої Страхувальником (Застрахованою особою) інформації;

3.4.5. відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені цим Договором та законодавством України.

3.5. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

3.1.2. within 2 (two) business days after receiving a notification about the occurrence of an insured event, take measures for drawing up all documents required for a timely payment of indemnity;

3.1.3. upon the occurrence of an insured event, pay the indemnity:

3.1.3.1. to the Assistance Company – in the procedure and within the terms stipulated in the agreement concluded between the Assistance Company and the Insurer, or

3.1.3.2. to the Policyholder (the Insured), or a third party that actually paid for the services provided to the Policyholder (the Insured), within 10 (ten) business days after making a decision on paying the indemnity. The Insurer shall bear financial liability for failure to timely indemnify by means of paying the Policyholder (the Insured) a fine in the amount equal to double NBU discount rate valid during the period of delay, of the outstanding amount for each day of delay, but not more than 10% of the insurance sum (insurance compensation).

3.1.4. upon application of the Policyholder (the Insured) in case it took measures to decrease the insurance risk; to re-execute the Contract;

3.1.5. not to disclose information about the Policyholder (the Insured) and its financial standing, except for cases as envisaged by law.

3.2. The Policyholder is obliged to:

3.2.1. submit the Insurer all information about conditions that may have a significant impact on the risk category, when executing the Contract, such as: aim of travel (professional activities abroad, doing sports at the amateur and/or professional level, performance of works during the trip, etc.), and also submit information about diseases, including chronic ones, diagnosed and existing at the time of executing the Contract; and to further inform about any changes in insurance risks;

3.2.2. if executing the Contract in behalf of other individuals (the Insureds), obtain their approval for executing the Contract in behalf thereof and make them aware of insurance conditions and Rules ;

3.2.3. make the insurance payment in full in the manner prescribed by the Contract;

3.2.4. At the conclusion of the Contract to inform the Insurer of the other existing agreements regarding the subject of the Contract;

3.2.5. take measures to prevent and reduce damages caused as a result of occurrence of the insured event;

3.2.6. in the event of early termination, return the Contract to the Insurer.

3.3. The insured is obliged to:

3.3.1. notify the Insurer / Assistance company about the occurrence of the event which has signs of an insured event, in the procedure and terms stipulated by the Contract;

3.3.2. implement all recommendations of the Assistance Company and the Insurer to agree with them all actions related to emergency medical and other services envisaged in the Contract;

3.3.3. provide, upon request of the Insurer, any information required to establish the fact of occurrence of the insured event or to determine the amount of insurance payments;

3.3.4. regarding the circumstances of an accident, release third parties from the obligation of medical confidentiality and trade secrets concerning the Insured (Insured) and, at the request of the insurer, give it the necessary authority to obtain from third parties (doctors, hospitals and other organizations that provide policyholder (insured person) services provided by the terms of the Agreement) any information relating to occurrence.

3.4. The insurer is entitled to:

3.4.1. before signing the agreement, require the policyholder (insured person) all the necessary information to establish the degree of insurance risk;

3.4.2. require the policyholder (insured person) information necessary to establish the circumstances of an accident, including information that constitute trade secrets, and to verify the accuracy of such information;

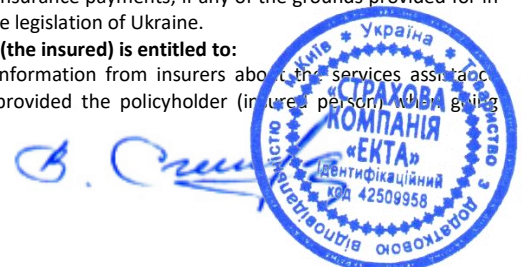
3.4.3. independently examine causes and circumstances of an accident, if necessary, submit requests to the competent organizations to provide relevant documents and information;

3.4.4. hold up the insurance payments to the 30 (thirty) working days to clarify the circumstance, if there are reasonable doubts about the authenticity provided by the policyholder (insured person) information;

3.4.5. refuse the insurance payments, if any of the grounds provided for in this Treaty and the legislation of Ukraine.

3.5. Policyholder (the insured) is entitled to:

3.5.1. for more information from insurers about the services assistance companies that provided the policyholder (insured person) with, going abroad;





3.5.1. на отримання докладної інформації від Страховика про послуги Асистанської компанії, що надаються Страхувальнику (Застрахованим особам) при виїзді за кордон;

3.5.2. на внесення змін та на дострокове припинення дії Договору на умовах, визначених цим Договором;

3.5.3. отримати послуги, передбачені умовами цього Договору, в разі необхідності в межах страхової суми та лімітів на відшкодування таких витрат, вказаних у Договорі;

3.5.4. отримати від Страховика суму страхової виплати згідно з умовами Договору;

3.5.5. на оскарження рішення Страховика про відмову у проведенні страхової виплати в порядку, визначеному законом.

4. ЗМІНА І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

4.1.1. закінчення загального строку дії Договору;

4.1.2. використання Страхувальником (Застрахованою особою) часового ліміту перебування за кордоном, передбаченого Договором (перебування Страхувальником (Застрахованою особою) за межами України або країни постійного проживання протягом періоду, що дорівнює, або перевищує передбачений Договором строк.

4.1.3. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) за Договором у повному обсязі;

4.1.4. несплати Страхувальником (Застрахованою особою) страхових платежів у строки зазначені в Договорі;

4.1.5. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про Страхування»;

4.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

4.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

4.2. Дія Договору може бути припинена достроково за вимогою Страхувальника або Страховика.

4.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

4.4. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страхувальника, Страхувальник повинен надати Страховику:

4.4.1. оригінал Договору страхування;

4.4.2. заяву про дострокове припинення дії Договору;

4.4.3. закордонний паспорт, або інший документ, що посвідчує особу та на підставі якого Страхувальник (Застрахована особа) перетинала кордон України.

4.5. У разі дострокового припинення дії Договору 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 40% страхового платежу, та фактичних страхових виплат, що були здійсненні за цим Договором.

4.6. Якщо вимога Страхувальника достроково припинити дію Договору обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

4.7. У разі дострокового припинення договору, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, у розмірі 40% страхового платежу, та фактичних страхових виплат, що були здійсненні за цим Договором.

4.8. Всі зміни та доповнення до умов Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін шляхом укладання додаткової угоди до діючого Договору або шляхом переукладання Договору.

5. ЗАГАЛЬНІ ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

5.1. Страховими випадками не визнаються та виплати за Договором не здійснюються якщо випадки сталися за умов:

5.1.1. прямої або непрямої дії радіації;

5.1.2. самогубства Страхувальника (Застрахованої особи), спроби самогубства або навмисного заподіяння Страхувальника (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень;

3.5.2. on amendments and on early termination of the Agreement on the terms set forth herein;

3.5.3. receive services provided by the terms of this Agreement, if necessary, within the sum insured and limits on reimbursement of expenses referred to in the Agreement;

3.5.4. receive from the Insurer the amount of insurance payments under the terms of the Treaty;

3.5.5. Insurer to appeal against refusal of the insurance payment in the manner prescribed by law.

4. ALTERATIONS AND TERMINATION

4.1. Contract terminated and null and void by the consent of the Parties, as well as in the case:

4.1.1. end total duration of the contract;

4.1.2. use of the Policyholder (Insured) time limit stays abroad under the Contract (stay insured (insured person) outside Ukraine or countries of residence for a period equal to or greater than the contract in time.

4.1.3. fulfillment of obligations to the Insurer the Insured (Insured) under the Agreement in full;

4.1.4. non-payment of the Policyholder (insured person) insurance premiums in the period mentioned in Part 1 of the Treaty;

4.1.5. liquidation of the Insured - legal entity or death of the insured - individual or loss of capacity, except as provided for in Articles 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine "On Insurance";

4.1.6. liquidation of insurers in accordance with the laws of Ukraine;

4.1.7. judicial decision on the recognition of the insurance contract null and void;

4.1.8. in other cases stipulated by legislation of Ukraine.

4.2. Contract may be terminated prematurely at the request of the Policyholder or the Insurer.

4.3. The intention to terminate the Contract either party shall notify the other no later than 30 (thirty) days before the date of termination.

4.4. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Insured, the Insured must provide the Insurer:

4.4.1. original insurance contract;

4.4.2. application for early termination;

4.4.3. passport or other document identifying the person and under which the Policyholder (the Insured) crossed the border of Ukraine.

4.5. In the event of early termination at the request of the Insured, the insurer returns him insurance payments for the period remaining until the expiration of the contract, with deduction of legal costs of doing business, amounting to 40% of insurance premium and the actual insurance payments that are being committed under this Agreement.

4.6. If the request of the insured terminate the Contract due to breach of the terms of the Insurer, the latter returns to policyholders paid his insurance premiums in full.

4.7. In the event of early termination, at the request of the Insurer Insured return fully paid his insurance premiums. If the claim is caused by the failure of the Insured Insurer insurance contract, the insurer returns him insurance payments for the period remaining until the expiration of the contract, with the deduction of legal costs of doing business, amounting to 40% of insurance premium and the actual insurance payments that are being committed by this Agreement.

4.8. All amendments to the contract made with the consent of the Insured and the Insurer on the basis of statements of one party by entering into a supplementary agreement to the current Treaty, or by pereukladannya Treaty.

5. GENERAL EXCLUSIONS FROM INSURED EVENTS

5.1. Insurance events are not recognized and payments under the Contract shall be made if the incidents occurred under 6

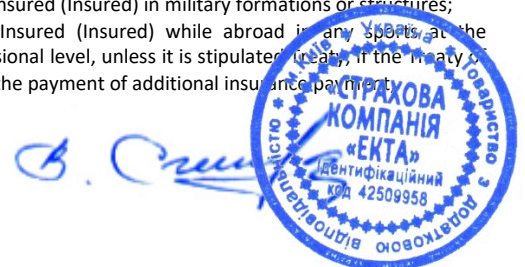
5.1.1. direct or indirect effects of radiation;

5.1.2. suicide of the Insured (Insured), attempted suicide or intentional infliction of Policy Holder (Insured) a bodily injury;

5.1.3. use it alcohol, drugs or toxic substances, with the state of alcoholic intoxication is determined on the basis of the alcohol in force in the host country;

5.1.4. participation of the Policyholder (the Insured) in the offense or fights (except self-defense), national unrest, uprisings, rebellions, wars, and the service of the Insured (Insured) in military formations or structures;

5.1.5. classes Insured (Insured) while abroad in any sports, at the amateur or professional level, unless it is stipulated in the Treaty, if the Treaty, special marks and the payment of additional insurance payment.





5.1.3. вживання нею алкоголю, наркотиків або токсичних речовин; при цьому стан алкогольного сп'яніння визначається на основі норм вживання спиртних напоїв, чинних в країні перебування;

5.1.4. участі Страхувальника (Застрахованої особи) у правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту), народних заворушеннях, повстаннях, бунтах, війнах, а також служби Страхувальника (Застрахованої особи) в військових структурах або формуваннях;

5.1.5. заняття Страхувальником (Застрахованою особою) під час перебування за кордоном будь-яким видами спорту на аматорському або професійному рівні, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору, за наявності у Договорі спеціальної відмітки і сплати додаткового страхового платежу;

5.1.6. здійснення або при спробі здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій, які знаходяться в прямому причинному зв'язку зі страховим випадком, що встановлено компетентними органами;

5.1.7. нараження Страхувальника (Застрахованої особи) на свідому небезпеку, невинуватий ризик (за винятком рятування життя);

5.1.8. при виконанні Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якої фізичної роботи за наймом, крім випадків, коли це передбачено умовами Договору (Договір має спеціальну відмітку) і сплачено додатковий страховий платіж;

5.1.9. керування Страхувальником (Застрахованою особою) будь-яким транспортним засобом:

5.1.9.1. без наявності при собі посвідчення водія, яке визнається дійсним у країні перебування;

5.1.9.2. у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також у зв'язку з передачею нею керування іншій особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, яка не мала прав водія;

5.1.10. дії сонячного проміння, що призвело до сонячного опіку або теплового удару, крім виникнення гострої небезпеки для життя Страхувальника (Застрахованої особи), що мало наслідком лікування цієї особи в стаціонарних умовах.

5.1.11. в наслідок настання форс-мажорних обставин - внаслідок настання обставин непереборної сили (стихійних лих, аварій, пожеж, військових дій, обмежень та/ або заборонювальних чи обмежувальних розпоряджень або інших дій державних органів, військової влади або їх посадових осіб, дій осіб в політичних або терористичних цілях, при цьому не має значення, чи був збиток нанесений в результаті цих дій навмисним або випадковим. У разі настання форс мажорних обставин термін виконання зобов'язань за Договором вважається перенесеним до дати закінчення дії цих обставин. При настанні форс - мажорних обставин в наслідок терористичних дій, у разі, коли це було передбачено особливими умовами Договору і було сплачено додатковий страховий платіж - зобов'язання сторін за Договором виконуються на звичайних умовах передбачених Договором, або, при неможливості однією із сторін виконати свої обов'язки на умовах та у терміни передбачені Договором, визначаються індивідуально і за згодою сторін викладаються у Додатковій угоді до Договору.

5.2. Застрахованими особами не можуть бути особи:

5.2.1. визнані у встановленому порядку недієздатними;

5.2.2. що страждають такими захворюваннями: пухлина головного мозку; пухлини спинного мозку та хребетного стовпа; поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях; смерть мозку; травма хребетного стовпа та спинного мозку; гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний; хворі на СНІД, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; психічно хворі; інваліди I групи та II групи.

5.3. Страховик не несе зобов'язань, якщо, на дату укладення Договору, Застрахована особа мала статус інваліда I чи II групи.

5.4. Якщо, внаслідок настання страхового випадку із Застрахованою особою, вона отримує статус інваліда I чи II групи, то дія Договору щодо цієї особи припиняється щодо нещасних випадків, які можуть настати із цією особою після набуття нею вказаного статусу.

6. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

6.1. Спори за цим Договором між сторонами вирішуються шляхом переговорів.

6.2. У разі недосагнення згоди, спори вирішуються у порядку, передбаченому законодавством України.

7. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

7.1. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страхувальник надає свою згоду:

7.1.1. на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо), з метою

exercise or when you exercise Insured (Insured) of unlawful actions that are in direct causal connection with the occurrence that is set by the competent authorities;

5.1.7. the Policyholder (the Insured) to deliberate danger undue risk (except for life-saving);

5.1.8. the performance of the Policyholder (Insured) any person of employment, unless it is stipulated agreement (a special mark) and paid an additional insurance payment;

5.1.9. Control Policyholder (the Insured) any vehicle:

5.1.9.1. without carrying a driving license that is recognized valid in the host country;

5.1.9.2. in alcohol, drugs or toxic drunkenness, as well as in connection with the transfer of its domain to another person who was in a state of alcoholic, narcotic or toxic intoxication, or a person who had no driver's license;

5.1.10. action of sunlight, leading to sunburn or heat stroke, but the emergence of acute danger to the life of the Insured (Insured) which had the effect of treatment of that person in stationary conditions.

5.1.11. As a result of force majeure - as a result of occurrence of force majeure (natural disasters, accidents, fires, war, restrictions and / or preventive or restrictive orders or other actions, the military authorities or their officials, the actions of individuals in political or terrorist purposes, while it does not matter whether the damage caused by these actions intentional or accidental. In case of force majeure term performance under the contract is transferred to the expiry dates of these circumstances. When the force - majeure as a result of terrorist actions in the case when it was issued by the special conditions of the Agreement and was paid an additional insurance payment - the obligation of the parties performed under the Contract on usual terms in the Agreement or, if you can not one of the parties to fulfill their obligation on the conditions and terms stipulated in the Contract shall be determined individually and with the consent of the parties set forth in the additional agreement.

5.2. Insured persons can not be a person:

5.2.1. recognized in the prescribed manner incapable;

5.2.2. suffering from such diseases: brain tumor, spinal cord and spinal column, nervous system lesion in malignant tumors of the death of the brain, spine trauma and spinal cord, acute cerebrovascular accident (stroke), acute necrotizing encephalitis, patients with AIDS, alcoholism, drug addiction, substance abuse; mentally ill, disabled group I and II groups.

5.3. The insurer is not responsible if, at the date of signing the agreement, the insured person had a disability and whether the second group.

5.4. If, as a result of occurrence of the insured, she gets disability and whether the second group, the effect of the Treaty on that person terminated for accidents that may occur with this person after the entry into the specified status.

6. RESOLUTION OF DISPUTES

6.1. Disputes under this Agreement between the parties resolved through negotiations.

6.2. In case of disagreement, disputes are resolved in the manner prescribed by the legislation of Ukraine.

7. OTHER CONDITIONS OF THE CONTRACT

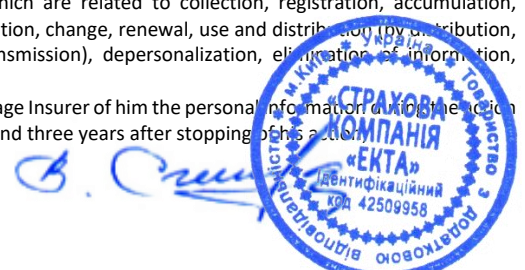
7.1. On implementation of requirements of Law of Ukraine «About the protection of the personal data» the conclusions of the real Treaty Insure gives the consent:

7.1.1. on treatment Insurer of him the personal information (any information which behaves to Insure, in a that number the last name, name, to the name patronymic, year, month of date and birth-place, profits, profession, education, domestic, social, property position, address, and others like that), with the purpose of realization of insurance activity (including conclusion and implementation of this Agreement), ta/abo offering to Insure of services of Insurer, in a that number by realization of direct contacts with him due to communication means, and also realization with it financially – economic activity;

7.1.2. on acceptance of decisions Insurer on the basis of processing of the personal data of Insure (fully and/or partly) in the informative (to automated) system and/or in the card indexes of the personal information;

7.1.3. an Insurer has a right to carry out actions with the personal information, which are related to collection, registration, accumulation, storage, adaptation, change, renewal, use and distribution (by contribution, realization, transmission), depersonalization, elimination of information, about Insure;

7.1.4. storage Insurer of him the personal information on the basis of Agreement and three years after stopping of his activity.





провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово – господарської діяльності;

7.1.2. на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

7.1.3. Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

7.1.4. зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

7.1.5. реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України.

7.1.6. надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика, передача персональних даних Страхувальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страхувальника.

7.2. Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих за Договором осіб, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення.

7.3. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.

7.4. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору страхування йому була надана інформація, що зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

ГЛАВА 2. СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ОСІБ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ЗАРУБІЖНІ ПОЇЗДКИ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

1.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать Закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованих осіб).

1.2. За Договором підлягають відшкодування витрати на оплату медичних та інших послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) під час поїздки за кордон при настанні подій передбаченими цим Договором.

1.3. Страховим випадком є фактичне надання Страхувальнику (Застрахованій особі) під час здійснення ним зарубіжної поїздки медичних та інших послуг, передбачених п. 2 Глави 2 цієї Частини Договору, в результаті раптового захворювання або нещасного випадку, що загрожують життю та/або здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи).

2. ПОСЛУГИ, ВАРТІСТЬ НАДАННЯ ЯКИХ ВІДШКОДУЄ СТРАХОВИК

2.1. Послуги, передбачені Програмою Страхування:

2.1.1. Невідкладна медична допомога – медично виправдані заходи невідкладної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі), який перебуває в критичному медичному стані, що загрожує життю та здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи);

2.1.2. Невідкладна стоматологічна допомога – стоматологічні послуги, що надаються Страхувальнику (Застрахованій особі) за медичними показаннями в межах встановлених лімітів відповідальності:

2.1.2.1. В разі виникнення гострого зубного болю, що вимагає надання невідкладної стоматологічної допомоги – еквівалент 150 Євро.

2.1.2.2. внаслідок настання нещасного випадку, що вимагає надання невідкладної стоматологічної допомоги – еквівалент 300 Євро.

2.1.3. Невідкладна акушерська допомога, надана Страхувальнику (Застрахованій особі) за медичними показаннями в разі загрози життю та здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи) за умови, що строк вагітності Страхувальника (Застрахованої особи) становив до 29 (двадцяти дев'яти) тижнів;

2.1.4. Транспортування Страхувальника (Застрахованої особи), в разі клінічної необхідності, за медичними показаннями до лікарні або лікаря, що знаходяться у безпосередній близькості:

2.1.4.1. каретою швидкої допомоги або іншим транспортним засобом;

2.1.4.2. засобом санітарної авіації з необхідним медичним супроводом.

2.1.5. Репатріація транспортування Страхувальника (Застрахованої особи), з необхідним медичним супроводом (якщо такий супровід призначений

7.1.5. realization and adjusting of other relations which require processing of the personal data in accordance with this Contract and current legislation of Ukraine.

7.1.6. grant access Insurer to his personal information the third persons carried out at discretion of Insurer, communication of the personal data of Insure the third persons is carried out by Insurer without the report of Insure\$

7.2. Insure gives Insurer the personal information of the persons Insured by Contract, and confirms, that he got a consent to their distribution.

7.3. Insure confirms signing of this Contract, that he is properly put in a fame about including to the bases(è) of the personal information of Insurer, put in a fame him rights, and it is put in a fame about the purpose of capture of such data.

7.4. Insured confirms signing this Contract, that to the conclusion of the Contract there was the given information, that is marked in part to the second article of a 12 Law of Ukraine "About financial services and government control of markets of financial services", rights on information to Insured was explained, essence and volume of the rendered financial service clear

SECTION 2. INSURANCE OF MEDICAL EXPENSES FOR TRAVELLERS ABROAD

1. SUBJECT INSURANCE CASES

1.1. The subject of the Treaty's property interests that do not conflict with the law and associated with the life, health and working capacity of the Policyholder (the Insured).

1.2. By Contract the compensations of expense are subject on payment of medical and other services, given Insure (To the insured person) during a journey for a border at the offensive of events foreseen this Contract. The insured event is the actual provision of insured (insured person) during his foreign visits and other medical services provided by p. 2 of Chapter 2 of this part of the contract, as a result of sudden illness or accident that threaten life and / or health of the Policyholder (Insured)

2. SERVICES REIMBURSED BY INSURER

2.1. Services under Insurance Program:

2.1.1. Emergency medical care - medically justified emergency measures policyholder (insured person) who is in a critical medical condition that threatens life and health of the Insured (Insured);

2.1.2. Emergency dental care - dental services provided to policyholders (Insured) for medical reasons within the limits of responsibility:

2.1.2.1. suddenly of acute dental pain, requiring emergency dental care - the equivalent of 150 euros.

2.1.2.2. as a result of the accident, requiring emergency dental care - the equivalent of 300 euros.

2.1.3. Emergency obstetric care provided by the policyholder (insured person) for medical reasons in case of threat to life and health of the Insured (Insured) provided that the period of pregnancy of the Insured (Insured) amounted to 29 (twenty night) weeks;

2.1.4. Transportation of the Policyholder (the Insured), in the case of clinical necessity, for medical reasons to the hospital or doctor that are in direct proximity:

2.1.4.1. ambulance or other vehicle;

2.1.4.2. sanitary means of aircraft with the necessary medical support.

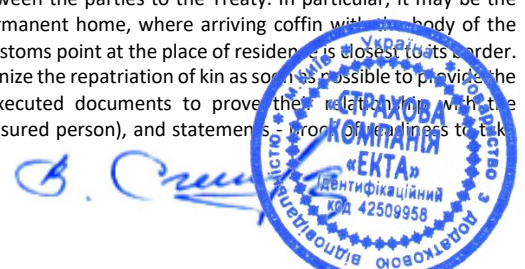
2.1.5. Repatriation transport of the Policyholder (the Insured), with the necessary medical support (if such support is intended consistent with physician and assistance companies) from the location of the person abroad in place of permanent residence;

2.1.5.1. Decisions about the necessity and possibility of repatriation, as well as the choice of means of implementation and the route takes in agreement with the insurer assistance companies, hospitals and doctor of the Policyholder (Insured);

2.1.6. Human remains repatriation of the Policyholder (the Insured) in the case of death due to accident or sudden illness, at her place of residence, or burial (cremation) of the body of the Insured (Insured) at your location outside the country (s) of residence of the Insured (Insured). All measures to provide these services exclusively organizes assistance companies, in agreement with the insurer;

2.1.6.1. The end point of the route is determined by the repatriation agreement between the parties to the Treaty. In particular, it may be the airport in a permanent home, where arriving coffin with the body of the deceased, or customs point at the place of residence is closest to its border.

2.1.6.2. To organize the repatriation of kin as soon as possible to provide the Insurer duly executed documents to prove their relationship with the policyholder (insured person), and statements - proof of readiness to take





лікарем та узгоджений із Асистанською компанією) від місця перебування цієї особи за кордоном у місце його постійного проживання;

2.1.5.1. Рішення про необхідність і можливість репатріації, а також про вибір засобу її здійснення і маршрут приймає Страховик за узгодженням із Асистанською компанією, медичним закладом та лікарем Страхувальника (Застрахованої особи);

2.1.6. Репатріація тіла Страхувальника (Застрахованої особи) у разі його смерті внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, в місце його постійного проживання, або поховання (кремація) тіла Страхувальника (Застрахованої особи) в місці перебування поза межами країни (місця) постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи). Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Асистанська компанія, за узгодженням із Страховиком;

2.1.6.1. Кінцевий пункт маршруту репатріації визначається за згодою сторін Договору. Зокрема, ним може бути аеропорт у місці постійного проживання, куди прибуває труна із тілом померлого, або митний пункт у місці постійного проживання, найближчий до її кордону.

2.1.6.2. Для організації репатріації, родичі померлого повинні в найкоротший строк надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують їх родинний зв'язок із Страхувальником (Застрахованою особою), а також заяву - підтвердження про готовність забрати тіло померлого після перевезення труни на митну територію України, де постійно проживав Страхувальник (Застрахована особа).

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ЗА ГЛОВОЮ 2

3.1. Страховик не здійснює страхових виплат за витрати Страхувальника (Застрахованої особи), пов'язані із наданням таких медичних та інших послуг:

3.1.1. медична допомога при загостренні захворювання, яке за попередні 6 (шість) місяців перед датою поїздки лікувалось або вимагало лікування. Винятками є випадки, коли загострення цієї хвороби пов'язано із гострою смертельною небезпекою для життя Страхувальника (Застрахованої особи) або може спричинити стійку втрату працездатності. При цьому, обов'язковою умовою для відшкодування Страховиком медичних витрат є підтвердження Асистанською компанією критичного стану Страхувальника (Застрахованої особи);

3.1.2. надання стоматологічної допомоги, крім знеболюючого лікування та пломбування лише природних зубів у випадках, зазначених в п. 2.1.2. Глави 2 цієї Частини Договору;

3.1.3. проведення абортів (крім випадків, коли він необхідний внаслідок настання нещасного випадку або раптового захворювання), а також надання медичних послуг, пов'язаних з вагітністю, її ускладненнями та пологами, починаючи з 29-го тижня вагітності;

3.1.4. плановими консультаціями і обстеженням під час вагітності, незалежно від терміну вагітності;

3.1.5. проведення лікування нервових та психічних захворювань та їх загострень, лікування уроджених аномалій та психічного розладу, а також релаксації та станів, за наявності яких існує реальний ризик швидкого погіршення стану здоров'я;

3.1.6. лікування венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (в тому числі СНІД та ВІЛ-інфекція);

3.1.7. лікування та діагностика будь-яких онкологічних захворювань;

3.1.8. будь-яке протезування, включаючи зубне;

3.1.9. здійснення медичного огляду та медичної допомоги, які не пов'язані з раптовим захворюванням або нещасним випадком, та надання послуг, не передбачених у п. 2. Глави 2 цієї Частини Договору;

3.1.10. проведення відновлювальної терапії або лікувальної фізіотерапії, вакцинації;

3.1.11. проведення операції, пов'язаної з косметичною хірургією;

3.1.12. проведення операції, пов'язаної з пластичною хірургією;

3.1.13. протезуванням та трансплантацією органів;

3.1.14. надання медичних послуг, які не є обов'язковими для діагностики та лікування при настанні раптового захворювання або нещасного випадку;

3.1.15. проведення профілактичних вакцинацій і дезінфекцій, лікарської експертизи;

3.1.16. здійснення лікування Страхувальника (Застрахованої особи) його родичами;

3.1.17. лікування Страхувальника (Застрахованої особи) в санаторії та/або будинку відпочинку;

3.1.18. придбання та ремонт допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, милиць, тростин та ін.);

3.1.19. лікування нетрадиційними методами;

3.1.20. лікування хвороб крові та кровотворних органів;

the dead body after transport the coffin into the customs territory of Ukraine, where resident insured (insured person).

3. EXCLUSIONS FROM INSURANCE CASES UNDER CHAPTER 2

3.1. Insurer request a insurance payments for expenses of the Insured (Insured) related to the provision of medical and other services:

3.1.1. medical care for worsening disease in the previous 6 (six) months before the date of travel treated or required treatment. Exceptions are cases when the exacerbation of the disease associated with acute mortal danger to the life of the Insured (Insured) or can cause disability. Thus, a prerequisite for reimbursement by insurers for medical expenses is evidence of critical assistance companies Policyholder (Insured);

3.1.2. Dental care, except anesthetic treatment and sealing of natural teeth only in the cases referred to in paragraph 2.1.2. Chapter 2 of this part of the contract;

3.1.3. abortion (except when it is necessary due to an accident or sudden illness) and medical services related to pregnancy, childbirth and its complications, ranging from the 29th week of pregnancy;

3.1.4. planned consultations and examinations during pregnancy, regardless of the duration of pregnancy;

3.1.5. treatment of nervous and mental diseases and exacerbations, treatment of congenital anomalies and mental disorder, as well as relaxation and conditions under which there is a real risk of rapid deterioration of health;

3.1.6. treatment of sexually transmitted diseases and diseases that are transmitted mainly through sexual contact (including AIDS and HIV infection);

3.1.7. treatment and diagnosis of any cancer;

3.1.8. any prosthesis, including tooth;

3.1.9. of medical examination and medical care not related to sudden illness or accident, and services not provided in item 2. Chapter 2 of this part of the contract;

3.1.10. of renewable therapy or physiotherapy treatment, vaccination;

3.1.11. transaction associated with cosmetic surgery;

3.1.12. transaction associated with plastic surgery;

3.1.13. prosthetics and organ transplantation;

3.1.14. provision of medical services that are not mandatory for diagnosis and treatment at the onset of sudden illness or accident;

3.1.15. preventive vaccinations and disinfections, medical examination;

3.1.16. treatment of the Insured (Insured) her relatives;

3.1.17. treatment of the Insured (Insured) in the resorts and / or rest home;

3.1.18. purchase and repair of assistive devices (glasses, contact lenses, hearing aids, artificial limbs, crutches, walking sticks, etc..)

3.1.19. nonconventional methods of treatment;

3.1.20. treatment of blood diseases and blood-forming organs;

3.1.21. and treatment of fungal dermatological diseases, allergic dermatitis caused by ultraviolet radiation, sunburn first and second degree;

3.1.22. treatment of epidemic or pandemic disease;

3.1.23. treatment of acute and chronic radiation sickness;

3.1.24. disease or treatment effects (complication) disease of viral hepatitis, tuberculosis;

3.1.25. treatment of diseases and disorders of hearing, except for acute diseases of the ear;

3.1.26. costs when the trip was made with a view to treatment;

3.1.27. artificial insemination, infertility treatment, measures to prevent pregnancy;

3.1.28. Organized repatriation without assistance companies;

3.1.29. providing facilities and services additional comfort, namely: radio, air conditioning, television, and the barber or beautician services, etc.;

3.1.30. insurer is not responsible in part for non-pecuniary damage caused by the policyholder (insured person) during her foreign travel;

3.1.31. effect of the Treaty does not apply to the territory of permanent residence of the Insured (Insured);

4. Actions Insured (Insured) In the insurance case

4.1. In case of occurrence of the Insured events that may be recognized occurrence (the necessity to receive services under the terms of the Treaty), insured (insured person or a third party representing its interests), must immediately, within 24 (twenty four) hours apply to assistance companies or its representative for the phones listed in the Treaty and to report the following information:

4.1.1. title insurer, the number of this Agreement;

4.1.2. name and surname of the insured person;

4.1.3. term of this Agreement;





3.1.21. лікування грибкових та дерматологічних хвороб, алергічних дерматитів, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання, сонячні опіки першого та другого ступеню;

3.1.22. лікування хвороби епідемічної чи пандемічної;

3.1.23. лікування гострої та хронічної променевої хвороби;

3.1.24. лікування захворювання або наслідків (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;

3.1.25. лікування захворювань та розладів органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху;

3.1.26. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування;

3.1.27. штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, заходами щодо запобігання вагітності;

3.1.28. репатріацією організованою без участі Асистанської компанії;

3.1.29. надання засобів та послуг додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, кондиціонера, телевізора, а також послуг перукаря або косметолога тощо;

3.1.30. Страховик не несе зобов'язань в частині відшкодування моральної шкоди, заподіяної Страхувальнику (Застрахованій особі) під час здійснення нею зарубіжної поїздки;

3.1.31. дія Договору не поширюється на територію місця постійного проживання Страхувальника (Застрахованої особи);

4. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

4.1. В разі настання з Застрахованою особою події, що може бути визнана страховим випадком (необхідності одержання послуг, передбачених умовами Договору), Страхувальник (Застрахована особа або третя особа, що представляє його інтереси), зобов'язана негайно, протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин звернутись до Асистанської компанії або її представника за телефонами, що вказані в Договорі та повідомити таку інформацію:

4.1.1. назву Страховика, номер цього Договору;

4.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;

4.1.3. строк дії цього Договору;

4.1.4. програму страхування;

4.1.5. обставини випадку та характер необхідної допомоги;

4.1.6. своє місцезнаходження та контактний телефон.

4.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана чітко дотримуватись вказівок диспетчера Асистанської компанії або її представника.

4.3. Якщо звернення до Асистанської компанії у строки передбачені п.4.1 Глави 2 Договору є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я і Страхувальнику (Застрахованій особі) надана невідкладна медична допомога, він повинен після стабілізації стану здоров'я, при першій нагоді пред'явити представникам медичного закладу, який надав послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) Договір та негайно зателефонувати до Асистанської компанії або Страховика.

4.4. Звернення до Асистанської компанії, передбачене п.4.1 Глави 2 Договору Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані здійснювати в кожному випадку необхідності одержання медичних або інших послуг, передбачених Договором.

4.5. Якщо, згідно із умовами Договору, загальний строк його дії перевищує обумовлену кількість днів перебування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном (при багаторазових зарубіжних поїздках) то, при зверненні до Асистанської компанії для отримання послуг, Страхувальник (Застрахована особа) повинен, разом із Договором, пред'явити свій закордонний паспорт для перевірки названого обмеження.

5. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

5.1. Отримувачами страхової виплати є:

5.1.1. Асистанська компанія, яка здійснила витрати – в обсязі вартості послуг, передбачених Договором, які було надано Страхувальнику (Застрахованій особі).

5.1.1.1. Порядок здійснення таких страхових виплат регламентується згідно з договором доручення, укладеним між Асистанською компанією і Страховиком.

5.1.2. Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, яка фактично здійснила оплату отриманих Страхувальником (Застрахованою особою) послуг, передбачених Договором – у відповідному обсязі здійснених витрат, з урахуванням умов цього Договору. Виплата здійснюється після повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із зарубіжної поїздки – шляхом відшкодування зазначених витрат в межах страхової суми та лімітів, зазначених у Договорі.

5.2. Якщо на дату закінчення строку дії Договору, Страхувальник (Застрахована особа) ще перебуває за кордоном і його стан вимагає невідкладної медичної допомоги, але за медичним висновком особа не підлягає репатріації в країну постійного проживання, то Страховик

4.1.4. insurance program;

4.1.5. circumstances of the case and nature of assistance required;

4.1.6. its location and telephone number;

4.2. Policyholder (insured) must strictly follow the instructions dispatcher assistance companies or its representative.

4.3. If recourse to assistance companies within the terms stipulated by item 4.1 of Chapter 2 of this part of the contract is impossible due to a sharp deterioration in health and Insured (Insured) provided emergency medical care, it should stabilize after the state of health, at the earliest opportunity to present to representatives of the medical institution that has provided services insured (insured person) agreement and immediately call for assistance companies or insurers.

4.4. Appeal to the Assistance company provided clause 4.1 of Chapter 2 of this part of the contract insured (insured) must carry out in each case need to obtain medical or other services provided by Contract.

4.5. Where by the terms thereof, the total period of exceeding its specified number of days of the Insured (Insured) abroad (with multiple overseas trips), then, when applying to assistance companies for services insured (insured person) shall, together with the Contract, to present your passport to verify the said restrictions.

5. PROCEDURES AND TERMS OF INSURANCE PAYMENTS

5.1. Insurance payment recipients are:

5.1.1. Assistance companies that made the costs - to the extent the cost of services provided by the Treaty, which was granted to policyholders (insured person).

5.1.1.1. The procedure for such insurance benefits shall be regulated pursuant to the agreement on cooperation concluded between insurers and assistance companies.

5.1.2. Policyholder (Insured) or a third person who actually paid for acquired Policyholders (Insured) services under the Agreement - in the appropriate amount of incurred charges, subject to the terms of this Agreement. Payment is made after the return of the Insured (Insured) from foreign travel - through reimbursement of expenses incurred in the amounts and limits set forth in the Agreement.

5.2. If the date of expiration of the contract, insured (insured person) is abroad and her condition requires emergency care, but medical opinion the person is not subject to repatriation to the country of residence, the insurer reimburses the costs of further immediate treatment of the Insured (Insured) abroad for a period not exceeding 15 (fifteen) days, provided that such costs do not go beyond the sum insured.

5.3. Terms of decision making or refusal of insurance benefits:

5.3.1. decision to pay or denial of insurance payments made by insurers within 10 (ten) working days from receipt of the Insurer all necessary and proper documentation;

5.3.2. insurance payments made by insurers within 15 (fifteen) working days after the decision on the insurance payments. The insurer decides on the insurance payments and provides insurance payment within the actual costs consistent with the assistance companies or with the insurer, according to the official NBU exchange rate at the date of these costs.

5.3.3. in the presence of reasonable doubt in the fullness and authenticity of the documents, circumstances and reasons of occurrence insurer has the right to delay a decision further 30 (thirty) working days to complete clarification of the circumstances provided the mandatory referral letter to the Insured (Insured person);

5.3.4. against denial of insurance benefits insurer within 5 (five) business days after the denial refers to the Insured (Insured) letter with a written notice of refusal and the reasons for refusal.

5.3.5. For insurance benefit insured (insured person) or a third person who represents his interests) should apply to the insurer's claim for payment within 15 (fifteen) working days from the date of return of the Insured (Insured) from abroad.

5.4. The documents confirming the insured event and the amount of damages, in obtaining insurance payments by persons specified in p.5.1.2. Chapter 2 of this part of the contract;

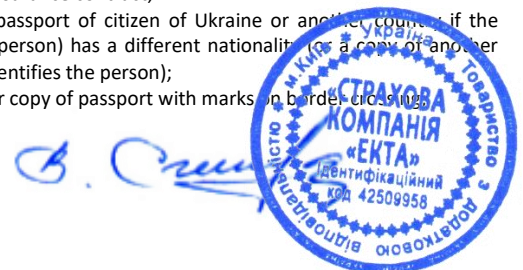
5.4.1. For insurance benefit insurers, regardless of the Agreement, provided the following documents:

5.4.1.1. statement of the insured event and the insurance payment;

5.4.1.2. original insurance contract;

5.4.1.3. copy of passport of citizen of Ukraine or another country, if the insured (insured person) has a different nationality (or a copy of another document that identifies the person);

5.4.1.4. original or copy of passport with marks on border-crossing





відшкодує витрати на подальше невідкладне лікування Страхувальника (Застрахованої особи) за кордоном терміном не більше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів, за умови що такі витрати не виходять за межі страхової суми.

5.3. Строки прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат:

5.3.1. рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання Страховиком усіх необхідних та належним чином оформлених документів;

5.3.2. страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати та здійснює страхову виплату в межах фактичних витрат, узгоджених із Асистанською компанією або із Страховиком, згідно з офіційним обмінним курсом НБУ на дату здійснення цих витрат.

5.3.3. при наявності обґрунтованих сумнівів у повноті та достовірності наданих документів, обставинах та причинах настання страхового випадку Страховик має право затримати прийняття рішення ще на 30 (тридцять) робочих днів до повного з'ясування цих обставин при умові обов'язкового направлення листа на адресу Страхувальника (Застрахованої особи);

5.3.4. у випадку відмови у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення про відмову надсилає на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) листа з письмовим повідомленням про відмову та причинами відмови.

5.3.5. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, яка представляє його інтереси) повинен звернутися до Страховика з заявою про виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати повернення Страхувальника (Застрахованої особи) із-за кордону.

5.4. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, при отриманні страхової виплати особами, вказаними у п.5.1.2. Глави 2 Договору.

5.4.1. Для отримання страхової виплати Страховику, надаються наступні документи:

5.4.1.1. заява про настання випадку, що може бути визнано страховим та страхову виплату;

5.4.1.2. оригінал Договору страхування;

5.4.1.3. копія паспорту громадянина України або іншої країни, якщо Страхувальник (Застрахована особа) має інше громадянство (або копія іншого документу, що посвідчує особу);

5.4.1.4. оригінал або копію закордонного паспорту з відмітками про перетин кордону;

5.4.1.5. оригінал або копію свідоцтва про народження, якщо вік Застрахованої особи – до 16-ти років;

5.4.1.6. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;

5.4.2. додатково до документів, зазначених у п.5.4.1. Глави 2 Договору додаються:

5.4.2.1. При отриманні медичної допомоги/послуги:

5.4.2.1.1. оригінал довідки (медичного звіту) з медичного закладу (на бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища Страхувальника (Застрахованої особи), остаточного діагнозу, інформації про окремі лікувальні процедури та дати їх проведення;

5.4.2.1.2. оригінали документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування (штамп про оплату, касовий чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ тощо);

5.4.2.1.3. рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви призначених ліків, їх ціни, документи, що підтверджують оплату;

5.4.2.1.4. оригінали рахунків за надання спеціалізованого транспорту та/або іншого, яким користувався Страхувальник (Застрахована особа), внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку;

5.5. Якщо умови Договору передбачають безумовну франшизу, страхова виплата здійснюється з її вирахуванням.

5.6. При отриманні заяви на страхову виплату, Страховик залишає за собою право вимагати здійснення за рахунок Страхувальника (Застрахованої особи) переклад на українську (російську) мову документів, пов'язаних зі страховим випадком (довідок, медичного висновку, рахунків тощо) або зменшити суму страхової виплати на вартість такого перекладу.

6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ЗАТРИМАННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

6.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхової виплати є такі обставини:

6.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані

5.4.1.5. original or copy of birth certificate, if the insured person's age - up to 16 years;

5.4.1.6. Copy of identification numbers;

5.4.2. in addition to the documents mentioned in p.5.4.1. Chapter 2 of this part of the contract are submitted the following:

5.4.2.1. When receiving medical care / services:

5.4.2.1.1. original certificate (medical report) from the medical institution (on letterhead of the institution or with the appropriate stamp) indicating the name of the Insured (Insured), final diagnosis, information about specific treatments and dates of their conduct;

5.4.2.1.2. original documents proving payment of treatments (stamp of payment, cashier's check, bank receipt indicating the amount of money, etc.);

5.4.2.1.3. Recipes from the seal, indicating name of the doctor assigned names of drugs, their prices, proof of payment;

5.4.2.1.4. original invoices for the provision of specialized transportation and / or other used by the Insured (Insured), due to sudden illness or accident;

5.5. If the conditions of the Agreement provide for an unconditional franchise, insurance payments made from its net.

5.6. the insurer reserves the right to demand the implementation by the Insured (Insured) translated into Ukrainian (Russian) language documents related to the occurrence (certificates, medical reports, invoices, etc.) or reduce the amount of insurance payment for the cost of the translation.

6. REASONS FOR REFUSING INSURANCE PAYMENT OR DELAY OF INSURANCE PAYMENT

6.1. The grounds for refusal of insurers in the insurance payments are the following circumstances:

6.1.1. intentional act of the Insured (Insured) to the insured event. The above rule does not apply to activities associated with the discharge of official duty or civil, in the state they are needed pens (without exceeding its limits) or to protect property, life, health, honor, dignity and business reputation. Qualification of the following established under the legislation of Ukraine;

6.1.2. committing Insured (Insured) intentional crime that led to the onset of damage (damage);

6.1.3. View insured (insured person) deliberately false information about the subject of the insurance contract or the fact of occurrence, in particular, does the Treaty insured (insured) did not give insurers the necessary information that was essential to determine the degree of risk (relative to the occupation in the exercise of foreign travel, health insured person, etc.);

6.1.4. policyholder (insured) or a third party representing its interests, timely assistance companies not told about the need for medical care (or received medical treatment) due to an accident or sudden illness and the costs that have been made to provide the policyholder (insured person) medical care, or deliberately created obstacles insurers (assistance companies) in determining the circumstances of the incident, its nature and amount of expenses when the insured event;

6.1.5. failure to submit the documents mentioned in paragraph 5.4. Chapter 2 of this part of the contract;

6.1.6. failure of the Insured (Insured) its obligations under the Agreement referred to in Chapter 1 of this part of the contract;

6.1.7. failure of the Insured (Insured) conditions, p. 4 Chapter 2 of this part of the contract;

6.1.8. failure to submit the documents mentioned in paragraph 5. Chapters 1 and Clause 3 of Chapter 2 of this part of the contract;

6.1.9. if the fact of forgery Insured (Insured) documents or deliberate distortion of facts relating to the insured event;

6.1.10. if insured (insured person) received reimbursement for services provided to it from a person guilty of harming Insured (Insured);

6.1.11. other cases, the laws of Ukraine;

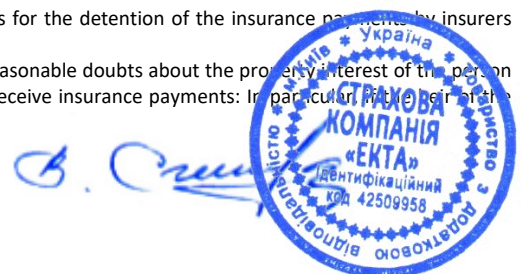
6.1.12. evacuation, transportation or repatriation of the Insured (Insured) without prior consent of the assistance companies and / or the Insurer;

6.1.13. violation of the Insured (Insured) medical prescriptions in providing her any kind of emergency, as well as her deliberate actions that led to increased costs assistance companies (the insurer);

6.1.14. of the Insured (Insured) Foreign travel to obtain medical services abroad.

6.2. The reasons for the detention of the insurance payments by insurers are:

6.2.1. Insurer reasonable doubts about the proper interest of the person who claims to receive insurance payments: In particular, the person





необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до законодавства України;

6.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до настання збитків (шкоди);

6.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, зокрема, при оформленні Договору Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику необхідної інформації, яка була суттєвою для визначення ступеню ризику (відносно роду занять при здійсненні закордонної поїздки, стану здоров'я Застрахованої особи тощо);

6.1.4. Страхувальник (Застрахована особа) або третя особа, що представляє його інтереси, своєчасно не повідомив Асистанську компанію про необхідність отримання медичної допомоги (або отриману медичну допомогу) внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання та про витрати, які були здійснені для надання Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги, або навмисно створив перешкоди Страховику (Асистанській компанії) у визначенні обставин події, її характеру та розміру витрат при настанні страхового випадку;

6.1.5. неподання документів, зазначених у п. 5.4. Глави 2 Договору;

6.1.6. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором, зазначених у Главі 1 Договору;

6.1.7. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Розділу 4 Глави 2 Договору;

6.1.8. наявність обставин, зазначених у п. 5. Глави 1 та п.3 Глави 2 цієї Частини Договору;

6.1.9. якщо встановлено факт підробки Страхувальником (Застрахованою особою) документів чи навмисного перекручення фактів, що стосуються страхового випадку;

6.1.10. якщо Страхувальник (Застрахована особа) отримала відшкодування витрат за надані їй послуги від особи, винної у заподіянні шкоди Страхувальнику (Застрахованій особі);

6.1.11. інші випадки, передбачені законодавством України;

6.1.12. проведення евакуації, транспортування або репатріації Страхувальника (Застрахованої особи) без попереднього узгодження із Асистанською компанією та/або Страховиком;

6.1.13. порушення Страхувальником (Застрахованою особою) медичних приписів при наданні йому будь-яких видів невідкладної допомоги, а також здійснення ним навмисних дій, що призвели до збільшення витрат Асистанської компанії (Страховика);

6.1.14. здійснення Страхувальником (Застрахованою особою) зарубіжної поїздки з метою отримання за кордоном медичних послуг.

6.2. Підставами для затримання Страховиком здійснення страхової виплати є:

6.2.1. обґрунтовані сумніви Страховика щодо майнового інтересу особи, яка претендує на отримання страхової виплати: зокрема, якщо спадкоємець Страхувальника (Застрахованої особи), який помер, не може підтвердити свій статус, оскільки не має свідоцтва про право на спадщину;

6.2.2. порушення кримінальної справи відповідними органами внутрішніх справ проти отримувача страхової виплати - фізичної особи і проведення ними розслідування обставин, що призвели до виникнення шкоди, за наявності протиправних дій щодо життя та здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), зазначеному в Договорі. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закінчення зазначеного розслідування (його зупинення, складання обвинувального висновку, закриття кримінальної справи тощо);

6.2.3. обґрунтовані сумніви Страховика з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті. У цьому разі Страховик має право затримати страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.

6.2.4. У разі затримання страхової виплати, Страховик повинен направити на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) письмове повідомлення, з обґрунтуванням причин затримання.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови Договору в частині добровільного страхування медичних витрат під час здійснення зарубіжної поїздки відповідає Главі 1 Договору.

Insured (Insured), who died can not confirm its status as no certificate of inheritance;

6.2.2. criminal proceedings relevant law enforcement authorities against the beneficiary of insurance payments - individual and conduct their investigation into the circumstances that led to the injury, the presence of illegal actions on the lives and health of the Insured (Insured) specified in the Agreement. Questions about the insurance payments settled within 15 (fifteen) working days after the end of the investigation (his suspension, drafting the indictment, the termination of criminal proceedings, etc.);

6.2.3. Insurer reasonable doubts about the authenticity of the documents under the circumstances or events signs of an accident, or there are other facts that could constitute grounds for denial of insurance benefits. In this case, the insurer may hold insurance payment for the period necessary for establishing the truth about the real circumstances of the incident, but no more than 6 (six) months.

6.2.4. In case of detention of insurance payments, the insurer shall furnish to the policyholder (insured person) written notice of this, the reasons for detention.

7. OTHER CONDITIONS

7.1. Other terms of the Treaty in voluntary insurance for medical expenses during foreign travel meet Chapter 1 of this part of the contract.

