

УМОВИ ДОГОВОРУ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ ОСІБ ЩО ПОДОРОЖУЮТЬ ПО УКРАЇНІ «Coronavirus_UA»

ці умови діють з «15» серпня 2020 року

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО», іменована надалі Страховик (ліцензії ДКРПФП серії АВ №546588, АВ №546592 від 16.07.2010 року), є платником податку на прибуток згідно з п.п.141.1.2. п.141.1. ст.141. Податкового кодексу України, з однієї сторони,

та

Особа, що прийняла індивідуальну пропозицію укласти договір добровільного комплексного страхування осіб, що подорожують по Україні «**Coronavirus_UA**», іменована надалі «Страховальник», з другої сторони, що тут і надалі спільно іменуються «Сторони» та кожна окремо «Сторона», попередньо ознайомлені з вимогами чинного законодавства України щодо невідповідності правочинів, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно, відповідно до «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ «АСК «ІНГО Україна», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 22.05.2008 р. за № 03812, «Правил добровільного страхування фінансових ризиків ПрАТ «АСК «ІНГО УКРАЇНА», зареєстрованих Розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №2729 від 19.12.2019 р. (надалі – «Правила») Страховика, уклали Договір комплексного страхування осіб, осіб, що подорожують по Україні «**Coronavirus_UA**» (далі – Договір) про наступне:

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ:

1.1. амбулаторно-поліклінічна допомога (медична допомога в амбулаторно-поліклінічних умовах) – медична допомога Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму, в т.ч. стійкої дисфункції якого-небудь органу або до виникнення загрози життю Застрахованої особи. Включає витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, медикаменти та витратні матеріали (вата, бинт, шприци, печатки), необхідні для лікування, засоби фіксації - гіпс, биндаж;

1.2. альтернативний транспорт – попередньо узгоджений із Страховиком вид транспорту, перевезення яким може бути використане у випадку неможливості здійснення перевезення спеціальним медичним транспортом.

1.3. Вигодонабувач - фізична особа, призначена Страховальником за згодою Застрахованої особи у Договорі як особа, що має право на отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку;

1.4. гірськолижний курорт - місце відпочинку та розваг з розвинутою інфраструктурою. Зазвичай розташовується на горі або великому горбі і включає в себе гірськолижні траси і супутні послуги (пункти прокату інвентарю, гірськолижні підйомачі, засоби харчування, паркінг);

1.5. договір страхування (надалі - Договір) - це письмова угода між Страховальником і Страховиком, згідно з якою Страховик у разі настання страхового випадку бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату Страховальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страховальником, на користь якої укладено Договір, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору;

1.6. екстрена медична допомога (швидка медична допомога) – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (згідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» зі змінами та доповненнями).

Надається Застрахованій особі при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкої дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи;

1.7. загроза життю та здоров'ю - ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання екстреної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появі важких ускладнень або смерті Застрахованої особи;

1.8. Застрахована особа - фізична особа, на користь та за згодою якої укладається Договір та яка може набувати прав та обов'язків Страховальника згідно з Договором; Застрахованими особами не можуть бути особи:

- Інваліди I та II групи. Страховик не несе зобов'язань, якщо на дату укладання Договору Застрахована особа мала статус інваліда I та II групи
- Особи, 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), гострий некротичний енцефаліт, психічно хворі, хворі на СНІД.

1.9. Контакт-центр (Асистанс) - спеціалізована служба, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страховальника/Застрахованої особи та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, організовує і контролює надання послуг. Контактні телефони Контакт-центру зазначаються в Договорі страхування;

1.10. ліміт відповідальності (ліміт відшкодування) – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми по видах страхування за окремими видами витрат по страхових випадках;

1.11. обсервація – комплекс обмежувальних та протиепідемічних заходів, спрямованих на локалізацію і ліквідацію осередку інфекційних захворювань. Обсервація застосовується до осіб, які приїхали або виїжджають з території, на яку накладено карантин. Ті, що контактували з хворими, та особи з підозрою на захворювання спостерігаються при обсервації протягом максимального інкубаційного періоду при даному захворюванні з моменту останнього можливого зараження під постійним медичним наглядом, щоб визначити їхню потребу в стаціонарній госпіталізації;

1.12. період покриття (період дії страхового захисту) - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого Страховик несе зобов'язання по прийняттю на страхування ризиком;

1.13. раптове захворювання (раптовий розлад здоров'я) - раптове, непередбачене гостре погіршення стану здоров'я Страховальника/Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи і вимагає надання невідкладної медичної допомоги;

1.14. стаціонар – лікувальний заклад для цілодобового перебування пацієнтів, безперервного нагляду за ними і надання необхідної та кваліфікованої медичної допомоги;

1.15. страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Договір вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту здійснення страхових виплат в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми. Договір діє до кінця обумовленого терміну в межах суми, що є різницею між страховою сумою і розміром страхових виплат, виплачених за даним Договором;

1.16. страхова виплата (страхове відшкодування) - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору у разі настання страхового випадку;

1.17. страховий захист - зобов'язання Страховика, визначені Договором страхування, щодо здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у разі настання страхового випадку, який стався в період покриття обумовлений Договором;

1.18. страховий ризик - певна подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;

1.19. страховий випадок - подія, передбачена умовами Договору, що відбулася та з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу або іншій третій особі на умовах Договору;

1.20. страхова премія (страховий платіж) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором;

1.21. територія дії Договору (територія страхування) — Україна, за виключенням:

- тимчасово окупованих територій;
- територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження. Перелік таких населених пунктів визначається на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до законодавства України;

- території, на яких на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; території проведення оголошеної війни; території, на якій введено військовий стан. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до міжнародного законодавства та (або) на підставі документів компетентних органів відповідних країн;

- території, на яких, на дату настання події, що може бути визнана страховим випадком, проводились воєнні дії будь-якого характеру (незалежно від того чи був оголошений стан війни) або збройні конфлікти. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, на підставі документів міжнародних компетентних органів;

1.22. франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Франшиза в будь-якому випадку вираховується з суми страхового відшкодування, яке повинен сплатити Страховик при настанні страхового випадку.

Всі інші страхові терміни, яким не надається визначення в Умовах комплексного страхування осіб, що виїжджають за кордон, тлумачаться відповідно до Закону України "Про страхування".

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з:

2.1. здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у договорі страхування за її згодою.

2.2. фінансовими (матеріальними) збитками внаслідок перебування Страхувальника /Застрахованої особи на вимушеній обсервації через встановлення карантину на території дії Договору, що не залежать від волевиявлення Страхувальника/Застрахованої особи.

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими випадками визнається:

3.1.1. Звернення Страхувальника/Застрахованої особи протягом дії Договору страхування до Страховика при погіршенні медичного стану і отримання при цьому медичної допомоги в обсягах, передбачених Договором через інфікування вірусом SARS-CoV-2 (Covid-19/коронавірус), що є офіційно підтвердженим на основі тесту полімеразної ланцюгової реакції на Covid-19 закладами охорони здоров'я;

3.1.2. Факт понесення матеріальних збитків Страхувальника/Застрахованої особи, в результаті перебування на вимушеній обсервації через встановлення карантину, якщо в період перебування на обсервації сталися події, передбачені п.3.1.1. цих Умов страхування.

4. УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного п.п.3.1.1., в межах страхової суми або окремо встановлених лімітів відповідальності Страховик відшкодовує витрати:

4.1.1. спеціалізованим службам, що надають послуги, згідно з умовами Договору страхування Страхувальнику/Застрахованій особі в країні її тимчасового перебування.

4.2. Згідно з умовами програми «**Coronavirus_UA**» передбачається організація та оплата медичної допомоги на:

4.2.1. швидку невідкладну медичну допомогу, включаючи проведення первинних діагностичних заходів та тестування, каретою швидкої медичної допомоги або, за згодою Страховика, іншим альтернативним транспортом в разі виникнення невідкладного стану в місці виникнення надзвичайних обставин;

4.2.2. екстрену медичну допомогу в умовах стаціонару (в палаті стандартного типу на базі державних та відомчих медичних закладів діючої медичної бази), включаючи витрати на розміщення у лікарні, послуги лікаря, проведення невідкладних операцій, діагностичних досліджень, оплату медикаментів та витратних матеріалів, необхідних для лікування. Ліміт відшкодування становить 10 000 (десять тисяч) гривень за одним страховим випадком;

4.2.3. екстрену та невідкладну медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах (на базі державних та відомчих медичних закладів діючої медичної бази), включаючи витрати на послуги лікаря, діагностичні дослідження, в тому числі дослідження в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу, медикаменти та витратних матеріалів, необхідні для лікування, з урахуванням п.п.6.2.45. Договору. Ліміт відшкодування становить 10 000 (десять тисяч) гривень за одним страховим випадком.

4.3. Страхові виплати здійснюються згідно з умовами страхування на підставі повного пакету документів, необхідних для здійснення виплати.

5. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ФІНАНСОВИХ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВИМУШЕНОЮ ЗМІНОЮ СТРОКІВ ПОЇЗДКИ ТА УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ ПІД ЧАС ПОЇЗДКИ

5.1. В межах 10 000 (десять тисяч) гривень Страховиком відшкодовуються матеріальні збитки, що є наслідком перебування Страхувальника/ Застрахованої особи на вимушеній обсервації з приводу введених карантинних заходів, спричинених COVID-19, а саме:

5.1.1. проживання в спеціалізованих закладах для організації обсервації, затверджених штабами з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації відповідної адміністративно-територіальної одиниці України до 14 (чотирнадцяти) днів, включно;

5.1.2. 3-разове харчування (крім алкогольних напоїв), організованого адміністрацією місця обсервації.

5.2. Перелік осіб, що підлягають обов'язковій обсервації визначається Порядком проведення обов'язкової обсервації осіб, які здійснюють перетин державного кордону, затвердженим КМУ.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Загальні виключення зі страхових випадків:

- 6.1.1. діагностика та лікування поза межами території страхування відповідно до Договору;
- 6.1.2. випадок, що став наслідком навмисного заподіяння шкоди, тілесних ушкоджень власною здоров'ю чи бездіяльності Страхувальника/Застрахованої особи;
- 6.1.3. захворювання та/або травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (безпосередня участь у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, так і цивільного службовця, масових заворушеннях, страйках, локаутах, актах тероризму, диверсіях, арештах, військових діях, громадянській війні, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин), а також із ризиком, невластивим щоденній життєвій та професійній діяльності;
- 6.1.4. випадки, що сталися у стані наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння, а також захворювання, отримані внаслідок перерахованих вище станів;
- 6.1.5. медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії Договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії Договору. У даному випадку Страховик організовує та фінансує придбання медикаментів виключно на період, що залишився до закінчення дії Договору (якщо упаковка медикаментів дозволяє це зробити);
- 6.1.6. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору (в тому числі подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я Застрахованої особи на час укладання Договору) або про факт настання страхового випадку;
- 6.1.7. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 6.1.8. отримання послуг, лікування, медичних препаратів, що не були призначені письмово та засвідчені лікарями медичних закладів як розумні та необхідні заходи;
- 6.1.9. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

6.2. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів, що не є наслідком інфікування вірусом SARS-CoV-2 (Covid-19/коронавірус), що є офіційно підтвердженим на основі тесту полімеразної ланцюгової реакції на Covid-19 закладами охорони здоров'я, в тому числі:

- 6.2.1. вірусний імунодефіцит людини (ВІЛ), в тому числі синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та інші імунодефіцитні стани та всі асоційовані з ними захворювання;
- 6.2.2. захворювання імунної системи;
- 6.2.3. епілепсія;
- 6.2.4. кардіоміопатії;
- 6.2.5. лікування та діагностики захворювань, пов'язаних з масовими епідеміями або пандеміями та потребують вживання комплексу карантинних заходів (крім заходів, проведення яких спричинено коронавірусом SARS-CoV-2 (далі — COVID-19) з урахуванням п.6.2.13.;
- 6.2.6. первинні діагностичні заходи та тестування, проведення яких спричинено COVID-19, в разі, якщо такі процедури дали негативний результат;
- 6.2.7. променева та кесонна хвороба;
- 6.2.8. вірусні гепатити В, С, D, Е, мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, стеатоз печінки, цироз печінки;
- 6.2.9. злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, в тому числі захворювання крові та кровотворних органів;
- 6.2.10. вагітність та пологи;
- 6.2.11. мігрень;
- 6.2.12. вегето-судинна та нейро-циркуляторна дистонія;
- 6.2.13. аутоімунні захворювання, ревматизм, системні захворювання сполучної тканини, артропатії, спондилопатії;
- 6.2.14. ревматоїдний артрит, ювенільний ревматоїдний артрит;
- 6.2.15. системні атрофії, що вражають переважно центральну нервову систему, демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, аміотрофії, міотонії, міастенії, синдром Гієнбарта та синдром Гієнбарта-Рієндера;
- 6.2.16. енцефалопатія будь-якого генезу;
- 6.2.17. захворювання крові;
- 6.2.18. кістозні утворення будь-яких органів чи локалізації;
- 6.2.19. ендометріоз, гіперплазія, ендометрія, дисплазія епітелію шийки матки, лейкоплакія шийки матки, ектропіон;
- 6.2.20. мастопатія будь-якої форми;
- 6.2.21. хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет, туберкульоз, захворювання щитоподібної залози;
- 6.2.22. хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт;
- 6.2.23. саркоїдоз.

6.3. Виключення / обмеження на медичні послуги, в т.ч. методи лікування та діагностику, товари, обладнання:

- 6.3.1. медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;
- 6.3.2. витрати на планове видалення металоконструкцій;
- 6.3.3. застосування екстракорпоральних методів лікування:
 - а) плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація;
 - б) озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо - судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інше;
- 6.3.4. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини, гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридодіагностика, діагностика по Фолю, гірудотерапія, склеротерапія, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування та інше;
- 6.3.5. трансплантація органів та тканин, будь-яке протезування, ендопротезування;
- 6.3.6. планові операції із застосуванням апарата штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), оперативні втручання на коронарних судинах (стенування, шунтування тощо), протезування клапанів серця;
- 6.3.7. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, соніолога, гомеопата, генетика;

- 6.3.8. альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
- 6.3.9. будь-які планові медичні послуги та медикаментозне забезпечення, якщо лікування було заплановане та рекомендоване до початку дії Договору страхування;
- 6.3.10. оперативні втручання не за медичними показаннями;
- 6.3.11. послуги, які не передбачені Програмою страхування або не були узгоджені зі Страховиком;
- 6.3.12. послуги, які були отримані без погодження із Спеціалізованою службою Страховика в медичних закладах, з якими Страховик не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;
- 6.3.13. генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів;
- 6.3.14. вироби медичного призначення (медичні вироби): медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, у тому числі призначені з метою заміни та/або коригування функцій уражених органів, інструменти, артроскопічні набори, стенти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, електроди, ріжучі петлі, імпланти, набори для металоостеосинтезу;
- 6.3.15. медичні препарати та засоби, що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (харчові домішки та біологічно активні добавки);
- 6.3.16. засоби особистої гігієни, косметичні засоби (креми, лосьйони тощо).
- 6.4.** Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:
- 6.4.1. класичні венеричні захворювання згідно з класифікацією ВООЗ;
- 6.4.2. інфекції, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві конділоми, папіломовірус, гарднерельоз, лептотрікс та інші;
- 6.4.3. хронічні TORCH-інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус герпесу) та інфекція Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний монопонуклеоз);
- 6.4.4. запальні захворювання сечостатевої системи у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в пп. 6.3.2. та пп. 6.3.3.;
- 6.4.5. захворювання шкіри та придатків шкіри (вугрова хвороба та вугровий висип, демодекоз, мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, atopічний дерматит, себорея будь-якого типу, ламкість та випадіння волосся, aloпеція, вітіліго, розацеа, оніходистрофія), порушення потовиділення;
- 6.4.6. доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, включаючи доброякісні новоутворення шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ураження або запалення шкіри або підшкірної клітковини);
- 6.4.7. хронічні хвороби в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 6.4.8. проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
- 6.4.9. витрати на лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;
- 6.4.10. антигомотоксична терапія;
- 6.4.11. витрати на лікарські засоби для лікування дерматитів ;
- 6.4.12. специфічна імунотерапія алергічних захворювань;
- 6.4.13. витрати на дерматокосметологічні процедури: видалення бородавок, папілом, ліпом, атером та інших новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, корекція рубців, лікування вугрового висипу з медикаментозним забезпеченням та фізіопроцедурами.
- 6.5.** Інші стани та обмеження, щодо яких Страховик не здійснює організацію та оплату послуг:
- 6.5.1. транспортування в ЛПУ при організації медичної допомоги ;
- 6.5.2. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах та інших подібних закладах;
- 6.5.3. консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом за виключенням важких випадків у пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом;
- 6.5.4. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
- 6.5.5. оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару;
- 6.5.6. організація та оплата індивідуального сестринського поста;
- 6.5.7. повторні медичні обстеження, в т.ч. альтернативні консультації Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);
- 6.5.8. консультації лікарів поза робочим графіком;
- 6.5.10. недотримання Застрахованою особою порядку дій при настанні страхового випадку, передбаченого цим Договором та режиму ЛПУ, призначеного лікування без поважних на це причин;
- 6.5.11. надання Страхувальником/Застрахованою особою документів та відшкодування вартості послуг та витрат на благодійну допомогу або в якості благодійного внеску.
- 6.6.** За подіями, вказаними в п.п.3.1.2., Страховик не відшкодовує:
- 6.6.1. витрати, що не підтверджені документально;
- 6.6.2. вимоги про відшкодування штрафних санкцій Страхувальником/Застрахованою особою;
- 6.6.3. моральну (немайнову) шкоду;
- 6.6.4. витрати, що не є наслідком захворювання через інфікування вірусом Covid-19.
- 6.7.** Страховик не несе відповідальності за страхові випадки, вказані в Розділі 3 та має право відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник/Застрахована особа не виконала вимог Розділу 11 умов Договору, або надала недостовірні дані стосовно страхового випадку.

7. СТРАХОВА СУМА ТА СТРАХОВА ПРЕМІЯ

7.1. Розмір страхової суми встановлюється окремо за кожним ризиком на весь період дії Договору та вказується в Договорі страхування у відповідній графі.

Якщо страхова сума, не зафіксована у відповідній графі Договору, вважається, що вона дорівнює нулю і цей ризик не покривається страховим захистом.

7.2. Страхова сума визначається у Договорі за згодою Сторін та зменшується на розмір страхових виплат, сплачених Страховиком за медичні та інші послуги, надані Страхувальнику/Застрахованій особі.

У разі, якщо сума страхових виплат за надані медичні та інші послуги на умовах Договору страхування, дорівнює розміру страхової суми, зазначеної в Договорі, Договір припиняє свою дію повністю або за окремим ризиком/групою ризиків.

7.3. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми та строку страхування.

7.4. Страхова премія вноситься Страхувальником одноразовим платежем за весь строк дії Договору страхування до дати початку дії Договору.

7.4.1. Договір набуває чинності з дати наступної за днем сплати страхової премії. При цьому період, за який не була сплачена страхова премія, зараховується в загальний строк дії Договору. Усі випадки, що відбулися до сплати страхової премії, не є страховими та не підлягають відшкодуванню.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір укладається на строк 31 (тридцять один) календарний день. Строк дії договору зазначається в Договорі. При укладанні договору страхування на строк менший ніж 31 (тридцять один) календарний день страхова премія не зменшується.

8.2. У межах Договору територією дії є Україна з урахуванням п.1.23. Умов договору.

8.3. Договір не діє в країні постійного проживання на законних підставах Страхувальника/Застрахованої особи і/або громадянином якої він/вона є.

8.4. Страховий захист починається з моменту проходження Страхувальником/Застрахованою особою прикордонного контролю України при в'їзді в Україну та з моменту оплати страхової премії (за Київським часом за датою, що настала пізніше), але не раніше дати початку строку дії, зазначеному в Договорі та закінчується в момент перетину Страхувальником/Застрахованою особою державного кордону України під час виїзду з України, але не пізніше вказаної в Договорі дати закінчення строку дії Договору страхування.

9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Для укладання Договору Страхувальник/Застрахована особа повідомляє заявою у письмовій або усній формі (листом, телефаксом або телефоном) Страховика (його агента або брокера) про свій намір укласти Договір.

9.2. Для укладання Договору страхування необхідно вказати:

9.2.1. прізвище, ім'я, по батькові українською мовою та в латинській транскрипції (як у цивільному паспорті громадянина), дату народження Страхувальника/Застрахованої особи, цивільний паспорт (серія, номер) або посвідка на проживання, реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ІПН)) Страхувальника, за його наявності, адресу, контактний телефон Страхувальника/Застрахованої особи, країну реєстрації;

9.2.2. дати початку і закінчення перебування у подорожі.

9.3. Під час укладання Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику.

9.4. Укладанням Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів організацій закладів охорони здоров'я від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку;

10.1.2. достроково припинити дію Договору, в т.ч. відносно окремої Застрахованої особи;

10.1.3. призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати та замінити його іншою особою до настання страхового випадку;

10.1.4. застрахувати додаткову кількість осіб або припинити дію Договору відносно певної Застрахованої особи. При цьому Страховик здійснює перерахунок страхової премії на підставі чинних тарифів.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. під час укладання Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в тому числі інформацію для коректного визначення групи ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.2.2. своєчасно та повністю вносити страховий платіж у термін та у розмірі, встановленому у Договорі;

10.2.3. негайно повідомити Страховика про настання страхового випадку (Розділ 11);

10.2.4. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору;

10.2.5. вживати заходи для запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

10.2.6. при настанні страхового випадку надати Страховику письмову заяву на отримання страхової виплати, додавши до неї Договір, а також документи та відомості, передбачені в Розділі 11, необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та його зв'язку з наслідками;

10.2.7. виконувати всі розпорядження фахівців Контакт-центру;

10.2.8. повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявлені такі обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати, які згідно з чинним законодавством України повністю або частково позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. перевіряти надану Страхувальником/Застрахованою особою інформацію, а також виконання Страхувальником/Застрахованою особою умов Договору страхування;

10.3.2. достроково припинити дію Договору згідно з Розділом 14;

10.3.3. висунути зворотні вимоги до Страхувальника на суму виплаченого страхового відшкодування, якщо після виплати виникли обставини, зазначені у п.п.10.2.8.;

10.3.4. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником/Застрахованою особою умов п.10.2. та Розділу 11;

- 10.3.5. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою щодо обставин настання страхового випадку;
- 10.3.6. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.
- 10.4. Страховик зобов'язаний:**
 - 10.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором, правилами та умовами страхування, в т.ч. з умовами п.8.4. Договору;
 - 10.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів для оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
 - 10.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк з урахуванням вимог Розділу 12 та Розділу 13 Договору. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами страхування;
 - 10.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку, щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено Договором;
 - 10.4.5. тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу та його/її майновий стан, стан його/її здоров'я за винятком випадків, передбачених законодавством України.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ

11.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, в т.ч. при виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичних послуг та (або) додаткових послуг Страхувальник/Застрахована особа повинен(на) не пізніше 24 годин з моменту настання події, зв'язатися з Контакт- центром, що представляє інтереси Страховика, зазначеним у Договорі для отримання інформації щодо подальших дій та повідомити оператору Контакт- центру таку інформацію:

- 11.1.1. номер Договору;
- 11.1.2. прізвище, ім'я Страхувальника/Застрахованої особи;
- 11.1.3. строк дії Договору;
- 11.1.4. місцезнаходження Страхувальника/Застрахованої особи (країна, місто тощо), номер контактного телефону;
- 11.1.5. причину звернення.

11.2. Якщо телефонний дзвінок до Контакт-центру було здійснено до моменту звернення до медичної установи за медичною допомогою, Страхувальнику/Застрахованій особі буде організовано надання медичної допомоги та інших послуг на передбачених Договором страхування умовах.

11.2.1. Якщо Страхувальник/Застрахована особа з об'єктивних причин (стан здоров'я, відсутність фізичної можливості зателефонувати) не змогла зв'язатися із Контакт-центром до надання їй послуг, передбачених умовами Договору страхування, вона зобов'язана протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Контакт-центр про її настання і узгодити надання та умови оплати необхідних послуг.

11.3. У разі настання страхового випадку за ризиками страхування медичних витрат Страховику додатково надаються такі документи:

- 11.3.1. оригінал довідки (звіту) з медичної установи (на бланку закладу або з відповідним штампом чи печаткою) щодо лікування захворювань, спричинених COVID-19 із зазначенням прізвища пацієнта, діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, з переліком наданих послуг та розбивкою їх по датах;
- 11.3.2. оригінали рецептів, виписаних лікарем (на бланку лікаря чи закладу з відповідним штампом чи печаткою) у зв'язку з даним захворюванням;
- 11.3.3. оригінал документа, виданого лікарем на проходження лабораторних досліджень (діагностичних заходів та тестування), проведення яких спричинено COVID-19, в разі, якщо такі процедури дали позитивний результат, рахунок лабораторії з розбивкою по датах та найменуванням та результати аналізів;
- 11.3.4. до документів за п.п.11.3.1. – п.п.11.3.3. фінансові документи, що підтверджують факт оплати лікування, лікарських засобів та інших послуг, оплата яких передбачена Договором страхування (фіскальний чек, квитанція з мокрим відбитком печатки про оплату або банківську виписку (квитанція) про перерахування вартості медичних послуг);
- 11.3.5. оригінал довідки про відсутність (наявність) в крові Застрахованої особи речовин токсичного, наркотичного походження та алкоголю на момент настання страхового випадку;
- 11.3.6. паспорт або інший документ на ім'я Страхувальника/Застрахованої особи виїзду за кордон з відміткою прикордонних служб про перетин кордону України;

11.4. У разі настання страхового випадку за ризиками вимушеної відмови від поїздки або зміни термінів поїздки Страховику додатково надаються такі документи:

- 11.4.1. оригінали підтверджуючих документів, що підтверджують факт перебування на обсервації;
- 11.4.2. документи, що підтверджують збитки Страхувальника/Застрахованої особи, понесені внаслідок настання страхового випадку (оплачені рахунки на проживання в місці обсервації, оплачені раунки на харчування).

11.5. Заява і документи, зазначені в п.11.3. та п.11.4., мають бути надані з обов'язковим додаванням перекладів оригіналів документів, складених мовами, відмінними від української, англійської та російської мов, завірених печаткою бюро перекладів.

12. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 12.1.** Рішення про страхову виплату приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) банківських днів з моменту отримання всіх необхідних та належним чином оформлених документів.
- 12.2.** Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту прийняття рішення про здійснення страхової виплати (п. 12.1.) за погодженням сторін у готівковій або безготівковій формі з урахуванням вимог чинного законодавства:
 - 12.2.1. спеціалізованим службам, що організовують та надають послуги згідно з умовами Договору страхування.
- 12.3.** Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні такої виплати у разі:
 - 12.3.1. якщо він має сумніви в обґрунтованості вимог Страхувальника на отримання страхової виплати – до отримання необхідних доказів, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з усіх необхідних документів, зазначених в Розділі 11.;
 - 12.3.2. якщо органами поліції ведеться розслідування обставин, які спричинили настання страхового випадку, – до закриття справи;
 - 12.3.3. якщо у зв'язку із настанням страхового випадку внесена інформація до Єдиного реєстру досудових розслідувань (ЄРДР), щодо осіб, винних в настанні страхового випадку, – до закриття справи та набрання законної сили рішенням суду, але не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього з всіх необхідних документів, зазначених в п.11.3. та п.11.4.;
 - 12.3.4. якщо для з'ясування обставин і характеру страхового випадку призначено експертизу – до отримання офіційних висновків такої експертизи.

12.4. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється Страхувальнику/Застрахованій особі в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) днів з моменту прийняття такого рішення.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Страховик має право відмовити повністю або частково у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник/Застрахована особа:

- 13.1.1. не повідомив/-ла або несвоєчасно повідомив/-ла про факт настання страхового випадку (п.11.1.) або створив/-ла Страховику перешкоду у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 13.1.2. надав/-ла свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування або факт настання страхового випадку;
- 13.1.3. отримав/-ла повне відшкодування витрат від особи, винної у їх заподіянні;
- 13.1.4. надав/-ла Страховику документи із завідомо недостовірною інформацією про стан свого здоров'я та надані медичні послуги;
- 13.1.5. не надав/-ла Страховику всі необхідні документи, передбачені п.11.3. та п.11.4.;
- 13.1.6. поніс/понесла витрати у зв'язку із страховим випадком на території, не зазначеній у Договорі.

13.2. Страховик повністю або частково звільняється від здійснення страхової виплати, якщо:

- 13.2.1. мали місце події, передбачені у Розділі 6;
- 13.2.2. не погоджено зі Страховиком або Контакт-центром розмір витрат та всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг у разі настання страхового випадку;
- 13.2.3. Страхувальник/Застрахована особа не виконував/-ла розпорядження або рекомендації Страховика/Контакт-центру щодо дій у разі настання страхового випадку.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору припиняється у разі:

- 14.1.1. закінчення строку його дії;
- 14.1.2. перетину державного кордону України Страхувальником/Застрахованою особою до 24.00 годин дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення дії Договору;
- 14.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;
- 14.1.4. несплати Страхувальником страхової премії у встановлені Договором строки;
- 14.1.5. смерті чи втрати дієздатності Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
- 14.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 14.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 14.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

14.2. Договір може бути достроково припинений у будь-який час за письмовим повідомленням однієї зі Сторін (у тому числі у зв'язку з невиконанням іншою Стороною умов Договору) з дотриманням вимог чинного законодавства України. При цьому повернення страхової премії здійснюється наступним чином:

14.2.1. у разі дострокового припинення дії Договору, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

14.2.2. у разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% та фактично сплачених виплат страхових сум.

14.3. Страхова премія не повертається у випадку вимушеної відмови Страхувальника/Застрахованої особи від поїздки, при наявності у останнього дійсної візи на поїздку, якщо Страхувальник/Застрахована особа заявляє про свій невіїзд після закінчення строку дії Договору.

14.4. У випадку дострокового припинення дії Договору, повернення страхової премії здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту отримання письмового повідомлення про припинення Договору.

15. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

15.1. Згідно з чинним законодавством України Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, дійсної в період, за який сплачується пеня, за весь термін прострочення грошових зобов'язань.

15.2. Сторони звільняються від відповідальності за повне чи часткове невиконання або неналежне виконання зобов'язань, передбачених Договором, якщо подія стала наслідком впливу форс-мажорних обставин.

15.3. Під форс-мажорними обставинами слід розуміти будь-які обставини зовнішнього характеру по відношенню до сторін, що виникли без вини сторін, поза їх волею або всупереч волі чи бажанню сторін, і які не можна було передбачити, уникнути (включаючи, але не обмежуючись):

- стихійні явища природного характеру (землетруси, повені, урагани, руйнування внаслідок блискавки тощо),
- лиха техногенного походження (вибухи, пожежі, вихід з ладу машин, обладнання тощо),
- обставини суспільного життя (воєнні дії, громадські хвилювання, епідемії, страйки, бойкоти тощо), а також видання актів органів державної влади чи місцевого самоврядування, інші законні або незаконні заборонні заходи названих органів, які унеможливають виконання сторонами зобов'язань за Договором або перешкоджають такому виконанню тощо.

15.4. Сторона, що не має можливості належним чином виконати зобов'язання за Договором внаслідок дії форс-мажорних обставин, повинна письмово повідомити іншу Сторону про існуючі перешкоди та їх вплив на виконання зобов'язань за Договором протягом 7 (семи) днів з моменту їх виникнення.

15.5. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) місяців поспіль і не виявляють ознак припинення, існування форс-мажорних обставин повинно бути підтверджено компетентним органом.

15.6. Договір може бути припинено Страховиком або Страхувальником шляхом направлення письмового повідомлення про це іншій стороні.

15.7. Закінчення строку дії Договору не звільняє Сторони від відповідальності за його порушення, яке мало місце під час його дії. У разі порушення зобов'язання, Сторона несе відповідальність, визначену Договором та (або) чинним законодавством України.

16. СТРОКИ ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Протягом загального строку позовної давності, встановленого чинним законодавством, від дня здійснення страхової виплати Страховик має право висунути претензію щодо повернення сплаченої страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України, Правилами чи умовами страхування.

16.2. Спори, пов'язані з виконанням Договору, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

17. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ.

17.1. Все, що не знайшло відображення в Договорі, регулюється Правилами та законодавством України.

17.2. В разі виникнення розбіжностей між умовами цього Договору та Правилами – пріоритет має Договір.

17.3. Підписанням Сертифікату до цього Договору Страхувальник підтверджує, що:

- з Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден. Вся зазначена інформація та всі умови Договору та Правил зрозумілі;
- зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих визначень;
- зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страхувальників Страховика та/або на WEB-сторінці Страховика в мережі «Internet», а також повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг що надаються Страховиком;

• укладення цього Договору не нав'язане Страхувальнику іншою особою;

• Договір не укладається під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства;

• на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку що передбачені частиною 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»;

• на виконання ст.ст. 6, 10,11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник надає однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на передачу, зберігання та обробку своїх персональних даних у письмовій та/або електронній формі, з метою реалізації цивільно-правових, господарсько-правових, адміністративно-правових, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, а також для проведення звітування до податкових та інших установ в порядку передбаченому законодавством України;

• ознайомлений з правами визначеними в ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних»;

• Договір відповідає вимогам ст.11 і 18 Закону України «Про захист прав споживачів».

17.4. Кореспонденція, повідомлення від Страховика до Страхувальника надсилаються за адресою, вказаною в Сертифікаті або повідомленою Страхувальником письмово згідно умов цього Договору.

17.5. Підписанням Сертифікату до Договору Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації отриманої від Страхувальника, в тому числі телефонних розмов, щодо Повідомлень про подію, що має ознаки страхового випадку, іншої інформації для виконання зобов'язань за Договором.

17.6. Підписанням Сертифікату до Договору Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної п.17.7., в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків на умовах цього Договору у взаємовідносинах із фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, позовів, заяв), пов'язаних із виконанням Страхувальником, Страховиком зобов'язань за цим Договором.

17.7. Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника, в тому числі записів телефонних розмов, з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством України з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України «Про інформацію» та іншими законодавчими актами, що регулюють відносини в сфері інформації.

17.8. Підписанням Сертифікату до Договору Страхувальник підтверджує, що належним чином проінформований, що для укладення Договору, до та/або під час його укладення, а також для його виконання Страховик. Відповідно до чинного законодавства може залучати страхових посередників, які діють від імені Страховика та виконують частину його функцій, разом чи кожний окремо.

17.9. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України або платником податків, зборів, платежів країни, громадянином якої він є. Вигодонабувач є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України.

17.10. Страхувальник (в тому числі за наявності Вигодонабувач, додатково Застрахована особа, особа, яка діє від імені та за дорученням Страхувальника) засвідчує, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений про збір персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, наданих ним, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані, з урахуванням вимог, визначених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

17.11. Відповідно до частини третьої статті 207 ЦК України Сторони домовились, що використання факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, або іншого аналога власноручного підпису та печатки, визнається Страхувальником як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика. Відповідні зразки підпису та печатки наведені у розділі Договору, які містять реквізити Сторін.

17.12. На виконання ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту правспоживачів:

Національний Банк України

Для подання письмових звернень: вул.Інститутська, 11-Б, м.Київ-8, 01601

тел: 0 800 505 240,

Форма електронного звернення: nbu@bank.gov.ua

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів

Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1

тел. (044) 279 12 70, (044) 278 84 60,

www.consumer.gov.ua

17.13. На виконання частини другої ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страхувальник засвідчує, що Страховиком надано та Страхувальник ознайомлений з відповідною інформацією щодо вимог цього Закону.

17.14. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право витребувати, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії.

18. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТРАХОВИКА

Страховик: **Акціонерне Товариство «Страхова компанія «ІНГО».**

Місцезнаходження та фактична адреса: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33.

Тел.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45

Факс: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

ІВАН UA393206490000026503052600903 в ФКВ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

Голова правління

АТ «СК «ІНГО»



Гордієнко І.М.

CONDITIONS OF COMPREHENSIVE TRAVEL INSURANCE FOR PERSONS TRAVELING OVER UKRAINE «Coronavirus_UA»

These conditions are valid from «15» August 2020

JOINT STOCK COMPANY “INSURANCE COMPANY “INGO”, hereinafter referred to as the Insurer (NFSC licenses, series AB №546588, AB №546569 dated 16.07.2010), which is the income taxpayer as defined in subpar. 141.1.2. of par.141.1. of Article 141 of the Tax Code of Ukraine, on the one part,
and

the Person who accepted the individual offer to conclude the voluntary comprehensive travel insurance contract for the persons traveling over Ukraine «Coronavirus_UA», hereinafter referred to the “Insured”, on the other part, hereinafter referred to collectively as “Parties”, and individually – “Party”, who previously familiarized themselves with the requirement of current legislation of Ukraine in respect to the invalidity of transactions, understanding the meaning of their actions and acting voluntarily, in accordance with the Rules of Voluntary Medical Insurance (Permanent Health Insurance) of PJSC “INGO Ukraine” approved by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets on 22 May 2008 under № 03812, Rules of Voluntary Financial Loss Insurance of PJSC “INGO Ukraine” registered by the Order of the National Commission for Regulation of Financial Services Markets under №2729 dated 19 December 2019 (hereinafter – “RULES”) of the INSURER, have concluded this Comprehensive Travel Insurance Contract for the Persons Traveling over Ukraine «Coronavirus_UA» (hereinafter – “Contract”) as follows:

1. DEFINITIONS

1.1. Outpatient care (medical care in outpatient clinic) shall mean the medical assistance provided to the Insured in conditions, when the absence of medical intervention may result in serious impairment of body functions, including a steady dysfunction of some organ or occurrence of threat to the Insured’s life. It includes expenses for doctor’s services, diagnostic tests, medications and expendables (cotton, bandage, syringes, gloves) required for treatment, fixing means – plaster, bandage;

1.2. Alternative transport shall mean the mode of transport previously agreed with the Insurer, the transportation by which may be used when it is impossible to transport by special medical transport.

1.3. Beneficiary shall mean an individual or legal entity appointed by the Insured upon consent of the Insured Person under Contract as a person entitled to receive insurance indemnity in the event of occurrence;

1.4. Ski resort shall mean a place of resort and entertainment with developed infrastructure. It is usually located on the mountain or big hill and includes ski trails and related services (ski rentals, ski lifts, food supplies, parking);

1.5. Insurance Contract (hereinafter – Contract) shall mean a written contract between the Insured and the Insurer, under which upon occurrence the Insurer undertakes to pay insurance indemnity to the Insured or other person defined herein by the Insured to whose benefit this Contract is concluded, and the Insured undertakes to pay insurance premiums within the timeframe defined herein and enforce other terms and conditions hereof;

1.6. Emergency medical care shall mean a medical care which is to implement an emergency medical care system of first response emergency organizational, diagnostic and curative measures designed to save and preserve human life in emergency condition and mitigate effects of such condition on its health (according to the Law of Ukraine On Emergency Medical Aid as amended and supplemented).

It shall be provided to the Insured in conditions when the absence of medical intervention may result in serious impairment of body functions (including a steady dysfunction of some organ) or occurrence of threat to the Insured’s life.

1.7. Threat to life or health shall mean a situation or condition of the Insured, in which the failure to provide emergency medical care may result in major and continuous disturbance of functions of the organism or some of its organs, appearance of severe complications or death of the Insured Person;

1.8. Insured Person shall mean a physical person for whose benefit and upon whose consent the Contract is concluded and who may acquire rights and obligations of the Insured under the Contract;

Such persons may not be the Insured Persons:

- Disabled persons of group I and II if as of the date of this Contract the Insured Person has a disability status of group I and II;

- Persons suffering from such diseases: brain tumor, spinal and vertebral column tumor, nervous system lesions resulting from malignant neoplasms, brain death, vertebral column and spinal cord injury, acute cerebrovascular disorder (stroke), acute necrotic encephalitis, mentally ill, AIDS sufferers.

1.9. Call Center (Assistance) shall mean a specialized service acting on behalf and under authority of the Insurer and coordinating actions of the Insured/Insured Person and the persons providing services to the Insured in the event of occurrence, organizing and controlling the provision of services. The contact phone numbers of the Call Center shall be specified in the Insurance Contract;

1.10. Limit of liability (limit of indemnity) shall mean the limit of insurance indemnity within the sum insured on insurance classes according to certain types of expenses on insured events;

1.11. Observation shall be the set of restrictive and anti-epidemic measures aimed at localization and liquidation of the focus of infectious diseases. The observation shall apply to the persons arriving to or leaving the territory on which the lockdown was imposed. Those persons contacting with the ill persons and the persons suspected of the disease are observed during the maximum incubation period in case of this disease from the time of the last possible contamination under the permanent medical supervision in order to determine their need in the inpatient hospitalization;

1.12. Coverage period shall mean the time period within the term of this Contract, during which the Insurer assumes liability for risks accepted for insurance.

1.13. Sudden illness (sudden health disorder) shall mean the sudden, unexpected acute deterioration of health of the Insured/Insured Person posing threat to life and health of this person and requiring emergency medical aid;

1.14. Inpatient facility shall mean the healthcare facility for round-the-clock stay of patients, their permanent follow-up and necessary and qualified medical aid;

1.15. Sum insured shall mean the sum of money, within which the Insurer, according to insurance terms and conditions, undertakes to pay indemnity in the event of occurrence. The Contract shall be deemed completely fulfilled and expire after payment of insurance indemnities in the amount equivalent to the sum insured. The Contract shall be valid until expiry of the time period specified within the amount which is the difference between the sum insured and amount of insurance indemnities paid hereunder;

1.16. Insurance indemnity (indemnification) shall mean the sum of money paid by the Insurer according to the terms of the Contract in the event of occurrence;

1.17. Insurance coverage shall mean the Insurer’s obligations defined by the Insurance Contract relating to payment of insurance indemnity in the event of occurrence which happened during the coverage period specified herein;

1.18. Insurance risk shall mean the certain event upon occurrence of which the coverage is provided, and which has signs of probability and accidentality of occurrence;

1.19. Occurrence (Insured event) shall mean the event defined in the terms and conditions of the Contract which occurred and upon occurrence of which there arises the Insurer’s obligation to pay insurance indemnity to the Insured/Insured Person/Beneficiary or other third party under the terms hereof;

1.20. Insurance premium shall mean the fee paid for insurance which the Insured undertakes to pay to the Insurer according to the Contract;

1.21. Coverage territory (insurance territory) shall be Ukraine, except for:

- temporarily occupied territories

- territories of localities situated on the line of confrontation where the public authorities of Ukraine temporarily do not exercise their authorities. The list of such localities shall be determined as of the date of occurrence which may be recognized as the insured event in accordance with the legislation of Ukraine;
- territories on which, as of the date of occurrence, which may be recognized as the insured event, the antiterrorist operation or the joint forces operation was conducted; territory of declared war; territory on which the martial law was declared. The limits of such territory shall be determined as of the date of occurrence of the event, which may be recognized as the insured event, according to the international legislation and (or) based on the documents of competent bodies of respective countries;
- territories on which, as of the date of occurrence, which may be recognized as the insured event, military actions of whatever kind (whether martial law be declared or not) or armed conflicts were conducted. The limits of such territory shall be determined as of the date of occurrence, which may be recognized as the insured event, based on the documents of international competent bodies.

1.22. Deductible shall mean the part of losses not indemnified by the Insurer under the Contract. The deductible in any case is deducted from the amount of insurance indemnity, which the Insurer should pay in the event of occurrence.

All other insurance terms not defined in the Terms of Comprehensive Overseas Travel Insurance shall be construed in accordance with the Law of Ukraine On Insurance.

2. SUBJECT MATTER OF THE INSURANCE CONTRACT

The subject matter of the Contract shall be the property interests, not contradicting with the current legislation of Ukraine, relating to:

- 2.1.** health and working capacity of the Insured / or third party (Insured Person), specified by the Insured in the Insurance Contract upon its consent;
- 2.2.** financial (material) losses resulting from the stay of the Insured/Insured Person in the forced observation due to establishing the lockdown on the coverage territory beyond the control of the Insured/Insured Person.

3. LIST OF INSURED EVENTS

3.1. The insured events shall include:

- 3.1.1.** Referral of the Insured/Insured Person, during the period of Insurance Contract, to the Insurer in case of deterioration of the medical condition and receipt of medical assistance to the extent specified in the Contract through infecting with SARS-CoV-2 virus (Covid-19/coronavirus), which is officially confirmed based on the PCR test for COVID-19 performed at the healthcare facilities;
- 3.1.2.** Fact of sustaining material losses by the Insured / Insured Person as a result of the stay in forced observation due to establishing the lockdown if during the observation period there occurred the events specified par. 3.1.1. of these Insurance Conditions.

4. TERMS OF MEDICAL EXPENSE INSURANCE

4.1. Upon occurrences specified in p.p. 3.1.1., within the sum insured or individually set limits of liability, the Insurer shall indemnify for the expenses for:

4.1.1. specialized services which provide services under the terms of the Insurance Contract to the Insured / Insured Person in the country of its temporary stay.

4.2. According to the conditions of the program “**Coronavirus_UA**” the Insurer shall indemnify the expenses for:

4.2.1. first aid and emergency medical services by ambulance car in case of occurrence of medical emergency on the emergency site, including the primary diagnostic activities and tests, or, upon the Insurer’s consent, by other alternative transport in case of occurrence of emergency conditions in the place of emergency;

4.2.2. emergency medical care in hospital settings (in standard ward on the basis of state and departmental healthcare facilities of the current medical database), including the expenses for admission to hospital, doctor’s services, performance of emergency surgeries, diagnostic examinations, payment for medications and medical expendables required for treatment. The limit of indemnity shall constitute 10,000 (ten thousand) hryvnias for one insured event.

4.2.3. emergency medical care in outpatient settings (on the basis of state and departmental healthcare facilities of the current medical database), including the expenses for doctor’s services, diagnostic examinations, including the examinations to the extent required for making a diagnosis, medications and expendables required for treatment, taking into account the par. par. 6.2.45 of the Contract. The limit of indemnity shall constitute 10,000 (ten thousand) hryvnias for one insured event.

4.3. The insurance indemnities shall be paid according to the insurance conditions based on the full package of the documents required for paying the indemnity.

5. TERMS OF INSURANCE OF FINANCIAL LOSSES RELATING TO FORCED CHANGE OF TIME LIMITS OF THE TRIP AND CONDITIONS OF STAY DURING THE TRIP

5.1. To the extent of 10,000 (ten thousand) hryvnias the Insurer shall indemnify for the material losses resulting from the Insured’s / Insured Person’s stay on the forced observation due to the imposition of lockdown measures caused by COVID-19, namely:

5.1.1. for accommodation in the specialized for organizing the observation approved by the emergency response and recovery staff of the respective administrative and territorial unit of Ukraine for over 14 (fourteen) days, inclusive;

5.1.2. for 3-time meals (except for alcoholic beverages) organized by the administration of the place of observation;

5.2. The list of persons which are subject to compulsory observation shall be determined by the Procedure of compulsory observation of the persons crossing the state border approved by the Cabinet of Ministers of Ukraine.

6. INSURANCE EXCLUSIONS

6.1. General exclusions from insured events:

6.1.1. diagnosis and treatment beyond the coverage territory under the Contract;

6.1.2. event resulting from the intentional cause of damage, bodily injuries to personal health or omission of the Insured / Insured Person;

6.1.3. diseases and/or injuries resulting from the Insured Person’s actions related to the unnecessary risk (direct participation in hostilities, during the performance of active duty by the Insured Person, participation in the military trainings, maneuvers, testing of military equipment and other similar operations both as the soldier and the civil servant, civil unrest, strikes, lockouts, acts of terrorisms, diversions, arrests, military actions, civil war, in case of use and storage of weapon and explosives), as well as the risk irrelevant to the daily and professional activities;

6.1.4. events resulting from being under the influence of drug, alcohol or other intoxicants as well as the diseases resulting from above-listed conditions;

- 6.1.5. medication provision for the period after expiration of the Contract, even if the medications were prescribed during the Contract period. In this case, the Insurer organizes and provides financing for purchasing the medications exclusively for the period remaining until expiration of the Contract (if the medication package allows doing it);
- 6.1.6. the Insured / Insured Person providing the knowingly false information about the Subject Matter of the Contract (including the Insured Person providing knowingly false information about the health condition of the Insured Person at the time of conclusion of the Contract) or about the occurrence of the insured event;
- 6.1.7. creating impediments for the Insurer in determining the circumstances, nature and amount of losses;
- 6.1.8. receipt of services, treatment, medications not prescribed in writing and not certified by the doctors of healthcare facilities as reasonable and necessary measures;
- 6.1.9. other cases stipulated by the current legislation of Ukraine.
- 6.2.** The Insurer shall not ensure organization of provision and payment for medical and other services on diagnosis and treatment of the following diseases and conditions which are not the consequence of infecting with SARS-CoV-2 virus (Covid-19/coronavirus), which is officially confirmed based on the PCR test for COVID-19 performed at the healthcare facilities;
- 6.2.1. human immunodeficiency virus (HIV), including the acquired immunodeficiency virus syndrome (AIDS) and other immunodeficiency conditions and all related diseases;
- 6.2.2. diseases of the immune system;
- 6.2.3. epilepsy
- 6.2.4. cardiomyopathy;
- 6.2.5. treatment and diagnosis of the diseases related to mass epidemics or pandemics and required taking a set of quarantine measures (except for the measures caused by the coronavirus SARS-CoV-2 (hereinafter — COVID-19) subject to par.6.2.13)
- 6.2.6. primary diagnostic measures and tests caused by COVID-19 in case if such procedures gave a negative result;
- 6.2.7. radiation and decompression sickness;
- 6.2.8. viral hepatitis B, C, D, E, mixed hepatitis, chronic liver failure, hepatosis, hepatic steatosis, мікс-гепатити, liver cirrhosis;
- 6.2.9. malignant neoplasms of any localization, including the diseases of the blood and hemopoietic organs;
- 6.2.10. pregnancy and labor;
- 6.2.11. migraine;
- 6.2.12. vegetative-vascular and neurocirculatory dystonia;
- 6.2.13. autoimmune diseases, rheumatism, systemic connective tissue diseases, arthropathy, spondylopathy;
- 6.2.14. rheumatoid arthritis, juvenile rheumatoid arthritis;
- 6.2.15. systemic atrophies mainly affecting the central nervous system, demyelinating diseases of the central nervous system, amyotrophy, myotonia, myasthenia, syringomyelia and syringobulbia;
- 6.2.16. encephalopathy of any genesis;
- 6.2.17. blood diseases;
- 6.2.18. cystic formations of any organs or localization;
- 6.2.19. endometriosis, hyperplasia, endometrium, cervical epithelial dysplasia, cervical leukoplakia, ectropion;
- 6.2.20. mastopathy of any form;
- 6.2.21. chronic renal failure, diabetes, tuberculosis, thyroid disease;
- 6.2.22. Crohn's disease and nonspecific ulcerative colitis;
- 6.2.23. sarcoidosis.
- 6.3.** Exclusions / limitations on the medical services, including the treatment and diagnosis methods, goods, equipment:
- 6.3.1. medical services and / or goods (including the prescription of drugs) that are not necessary for treatment and diagnosis of the main disease and its complications and emergencies, diagnosed during the provision of medical services;
- 6.3.2. costs for the planned removal of surgical hardware;
- 6.3.3. application of extracorporeal methods of treatment:
- a) plasmapheresis, hemosorption, hemodialysis, plasma filtration;
- b) ozone therapy, autohemotherapy, oxygen cocktails with drug solutions, hyperbaric oxygenation, intravascular ultraviolet and laser blood irradiation etc .;
- 6.3.4. treatment by experimental and alternative medicine methods, hypnosis, vector therapy, bioenergy, psychotherapy, iridology, diagnosis according to Voll, hirudotherapy, sclerotherapy, biocorrection, reflexology, experimental treatment, etc .;
- 6.3.5. organ and tissue transplantation, any prosthetics, endoprosthetics;
- 6.3.6. planned operations with the use of an artificial circulation device (coronary artery bypass grafting, etc.), surgical interventions on the coronary vessels (stenting, bypassing, etc.), heart valve replacement;
- 6.3.7. consultations and other services of a psychologist, psychotherapist, psychoanalyst, speech therapist, nutritionist, surdologist, cosmetologist, sonologist, homeopath, geneticist;
- 6.3.8. alternative consultations, if the Insured Person does not agree with the doctor's opinion on the disease or its diagnosis and treatment, transfer of the Insured Person from one healthcare facility to another without medical grounds;
- 6.3.9. any planned medical services and medication provision, if the treatment was planned and recommended before the entry into force of the Insurance Contract;
- 6.3.10. surgical interventions not for medical reasons;
- 6.3.11. services that are not provided by the Insurance Program or have not been agreed with the Insurer;

- 6.3.12. services received without the consent of the Insurer's Specialized Service in healthcare facilities, with which the Insurer has no contractual relationship, except for the cases of emergency medical assistance;
 - 6.3.13. genetic testing and gene polymorphism analysis;
 - 6.3.14. medical products (medical devices): medical treatment and diagnostic instruments, devices, medical equipment and expendables to them, including those intended to replace and / or adjust the functions of affected organs, instruments, arthroscopic kits, stents, embolization kits, dearterialization, artificial ligaments, resorptive bolts, prostheses, orthoses, electrodes, cutting loops, implants, kits for metallic osteosynthesis;
 - 6.3.15. medicines and medical supplies that are not registered on the territory of Ukraine as the medicines (nutritional supplements and biologically active additives);
 - 6.3.16. personal hygiene products, cosmetics (creams, lotions, etc.).
- 6.4.** The Insurer does not organize the provision and payment for medical and other services on the diagnosis and treatment of the following diseases and conditions:
- 6.4.1. classical venereal diseases according to the WHO classification;
 - 6.4.2. sexually transmitted infections: genital herpes, cytomegalovirus infection, mycoplasmosis, trichomoniasis, ureaplasmosis, chlamydia, genital warts, papillomavirus, gardnerellosis, leptotrix and others;
 - 6.4.3. chronic TORCH infections (toxoplasmosis, cytomegalovirus, rubella virus, herpes virus) and Epstein-Barr infection, with the exception of acute typical clinical forms with primary manifestations of the disease (chickenpox, rubella, infectious mononucleosis);
 - 6.4.4. inflammatory diseases of the urogenital organs in case of detection of the Insured Person's diseases listed in par. 5.3.2. and par. 5.3.3 ..;
 - 6.4.5. diseases of the skin and skin appendages (acne disease and acne eruption, demodectic mange, mycoses, onychomycosis, psoriasis, eczema, atopic dermatitis, seborrhea of any type, hair brittleness and hair loss, alopecia, vitiligo, rosacea, onychodystrophy), hyperhidrosis disorder;
 - 6.4.6. benign neoplasms of any localization, including the benign neoplasms of the skin and subcutaneous tissue, except in complicated cases (traumatic injury or inflammation of the skin or subcutaneous tissue);
 - 6.4.7. chronic diseases in the stage of remission, compensation, subcompensation, persistent infections;
 - 6.4.8. undergoing preventive examinations, preventive vaccinations, dispensary examinations and examinations (periodic repeated doctor's consultations appointed by the doctor, conducting periodic laboratory and instrumental examinations to monitor the Insured Person's health, prevention of exacerbation of the disease);
 - 6.4.9. expenses for medicines needed to prevent the disease progression and recurrence and complications;
 - 6.4.10. antihomotoxic therapy;
 - 6.4.11. expenses for medications for the treatment of dermatitis;
 - 6.4.12. specific immunotherapy of allergic diseases;
 - 6.4.13. expenses for dermato-cosmetologic procedures: removal of warts, papillomas, lipomas, atheroma and other neoplasms of the skin and subcutaneous tissue, scar correction, treatment of acne with medication provision and physiotherapy.
- 6.5.** Other conditions and limitations in respect of which the Insurer does not organize and pay for the services:
- 6.5.1. transportation to the hospital with the organization of medical care;
 - 6.5.2. treatment in sanatoriums, rest homes, resorts and other similar institutions;
 - 6.5.3. home consultations of specialists, conducting examinations and manipulations at home, home care by medical staff, except for the severe cases of the patients with long-term bed rest;
 - 6.5.4. stay of the Insured in "luxury" class wards in private clinics;
 - 6.5.5. payment for the stay and meals of persons accompanying the Insured Person during treatment in the hospital;
 - 6.5.6. organization and payment for the individual nursing unit;
 - 6.5.7. repeated medical examinations, including alternative consultations of the Insured Person, and / or purchase at his / her own request of medical supplies without appropriate medical indications (in the absence of prescriptions of the attending physician);
 - 6.5.8. consultations of the doctors off the working schedule;
 - 6.5.9. Insured Person's not following the procedure for actions in case of occurrence of the insured event provided for in this Agreement and the hospital regime, the prescribed treatment without valid reasons;
 - 6.5.10. provision of documents by the Insured / Insured Person and indemnification for the cost of services and expenses for charitable assistance or as a charitable contribution.
- 6.6.** According to the events specified in par. 3.1.2., the Insurer does not indemnify for:
- 6.6.1. expenses that are not documented;
 - 6.6.2. claims for indemnification for penalties by the Insured / Insured Person;
 - 6.6.3. moral (non-pecuniary) damage;
 - 6.6.4. expenses that are not a consequence of the disease caused by infecting with Covid-19 virus.
- 6.7.** The Insurer shall not be liable for the insured events specified in Section 3 and shall have the right to deny the indemnity if the Insured / Insured Person has not complied with the requirements of Section 11 of the terms of the Contract or provided inaccurate data regarding the insured event.

7. SUM INSURED AND INSURANCE PREMIUM

- 7.1.** The amount and currency of the sum insured shall be set individually for each peril for the entire duration of the Contract and specified in the Insurance Contract in the corresponding field. If the sum insured is not specified in the corresponding field of the Contract, it is deemed as equal to zero and this peril is not covered by the insurance.
- 7.2.** The sum insured shall be defined in the Contract upon agreement of the Parties and reduced by the amount of indemnities paid by the Insurer for medical and other services provided to the Insured / Insured Person. The Contract shall terminate fully or for the individual risk/event, if the amount of indemnities paid for medical and other services, paid under the Insurance Contract, equals the amount insured, specified in the Contract.
- 7.3.** The amount of insurance premium shall be set depending on the amount of sum insured and insurance period.
- 7.4.** The Insured shall pay the insurance premium by lump sum for the entire insurance period prior to inception of insurance coverage.

7.4.1. The Contract comes into force on the day following the premium due date. Meanwhile, the period for which the premium is not paid, is counted against the total period of the Contract. All events occurring prior to payment of the insurance premium, are not insured and not subject to indemnification.

8. DURATION AND TERRITORY OF INSURANCE CONTRACT

8.1. This Insurance Contract shall be concluded for 31 (thirty-one) calendar day. The Contract period shall be specified in the Contract

8.2. Under the Contract, the coverage territory Ukraine taking into account par.1.23 of the Conditions of the Contract.

8.3. The Contract shall not be legally valid in the country of permanent residence and / or citizenship of the Insured / Insured Person.

8.4. The insurance coverage shall commence upon the Insured/Insured Person passing the Border Control of Ukraine when entering Ukraine or from the time of payment of insurance premium (by Kyiv time on the later due date), but not earlier than the date specified herein as the date of inception of the Contract and shall end upon the Insured / Insured Person crossing the state border of Ukraine when leaving Ukraine, but not later than the expiry date of the Insurance Contract specified herein.

9. PROCEDURE FOR CONCLUSION OF INSURANCE CONTRACT

9.1. For concluding the Contract, the Insured / the Insured Person shall notify of its intention to conclude the Contract by filing a written or oral application (letter, telefax or phone) to the Insurer (its agent or broker)

9.2. For concluding the Insurance Contract, it is necessary to indicate in the application

9.2.1. name, surname, patronymic name in Ukrainian and in Latin transcription (as in the civil passport of the citizen of Ukraine), date of birth of the Insured / Insured Person, civil passport (series, number) or residence permit, taxpayer registration identification card number (TRICN) (taxpayer identification number (TIN)) of the Insured Person, if available, address, contact phone number of the Insured Person, country of registration;

9.2.2. date of beginning and end of the trip;

9.3. When concluding the Insurance Contract, the Insured shall notify the Insurer of all known circumstances relevant for evaluating the insurance risk

9.4. By concluding the Insurance Contract, the Insured / Insured Person shall release the doctors of medical facilities from confidentiality obligations to the Insurer in so far as relevant to the insured event.

10. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

10.1. The Insured shall have the right to:

10.1.1. receive insurance indemnity in case of occurrence of the insured event

10.1.2. early terminate the Contract, including in respect of the individual Insured Person

10.1.3. designate the Beneficiary for receiving the insurance indemnity and substitute it by another person prior to occurrence of the insured event

10.1.4. insure the additional number of persons or terminate the Contract in respect of the certain Insured Person. In this case, the Insurer shall adjust insurance premium as per applicable rates;

10.2. The Insured undertakes to:

10.2.1. upon concluding the Insurance Contract, provide information to the Insurer about all known circumstances relevant for evaluating the insurance risk, including the information for correct determination of the risk group, and further notify it of any change of the insurance risk;

10.2.2. timely and fully pay insurance premiums within timeframe and to the extent defined herein;

10.2.3. to immediately notify the Insurer of the occurrence (Section 11);

10.2.4. notify the Insurer of other valid Insurance Contracts in respect of the subject matter hereof;

10.2.5. take measures aimed at preventing and mitigating the losses resulting from occurrence of the insured event;

10.2.6. upon occurrence of the insured event, submit a written application to the Insurer for receiving the indemnity, adding it to the Contract as well as the documents and information set forth in Section 11, required for establishing the reasons, nature of the insured event and its connection with the consequences;

10.2.7. fulfill all instructions of the Call-Center specialists

10.2.8. refund the Insurer the received insurance indemnity (or its respective part), if during the limitation period stipulated by current legislation of Ukraine it was identified that there are such circumstances existing at the time of indemnity payment, which, according to the current legislation of Ukraine, fully or partially deprive the Insured of the right to receive the insurance indemnity

10.3. The Insurer shall have the right to:

10.3.1. verify information provided by the Insured / Insured Person as well as performance of the terms hereof by the Insured / Insured Person;

10.3.2. terminate the Contract before expiry subject to the conditions of Section 14 hereof;

10.3.3. file counterclaims against the Insured Person for the amount of paid insurance indemnity if after payment it was found that there are circumstances specified in p.p. 10.2.8;

10.3.4. deny claims in case if the Insured/Insured Person fails to comply with the terms of p. 10.2. and Section 11 hereof

10.3.5. verify information provided by the Insured Person in respect of the circumstances of the occurrence;

10.3.6. independently identify the causes and circumstances of the occurrence.

10.4. The Insurer undertakes to:

10.4.1. familiarize the Insured with the Contract, rules and terms of insurance, including the conditions of par. 8.4 hereof;

10.4.2. within 2 (two) working days, as soon as it becomes known about the occurrence, take measures for issuing all necessary documents for timely payment of insurance indemnity;

10.4.3. upon occurrence of the insured event, pay insurance indemnity within the timeframe specified herein, subject to the requirements stated in Section 12 and Section 13 hereof. The Insurer shall assume material liability for untimely payment of insurance indemnity by paying the Insured a penalty (fine, default charge), the amount of which is determined by the rules of insurance;

10.4.4. indemnify for expenses incurred by the Insured in the event of occurrence for preventing and mitigating losses if provided for under the Contract;

10.4.5. keep confidential the information about the Insured Person and its property status, health condition except in cases provided by the legislation of Ukraine.

11. INSURED / INSURED PERSON'S ACTIONS IN EVENT OF OCCURRENCE. LIST OF DOCUMENTS

11.1. In the event of occurrence, which may be recognized as the insured event, including when the Insured Person needs to receive medical services and (or) additional services, the Insured Person shall, not later than within 24 hours from the occurrence, contact the Call Center acting for and on behalf of the Insurer specified herein for obtaining information regarding further actions and inform the Contract Center operator as follows:

- 11.1.1. reference number of the Contract;
- 11.1.2. name and surname of the Insured / Insured Person;
- 11.1.3. duration of the Contract;
- 11.1.4. whereabouts of the Insured Person (country, city etc.), contact phone number;
- 11.1.5. reason for referral.

11.2. If the phone call is made to the Call Center prior to seeking medical attention from the medical facility, the Insured / Insured Person shall receive medical care and other services under the terms set forth by the Insurance Contract.

11.2.1. If due to objective reasons (health condition, absence of physical ability to make call) the Insured Person fails to contact the Call Center prior to receiving services stipulated by terms of the Insurance Contract, it undertakes, within 24 hours from occurrence of the event having signs of the insured event, to notify the Call Center of its occurrence and agree the provision and payment terms for necessary services.

11.3. Upon occurrence of the insured event under the risks of medical expense insurance, the Insurer shall be additionally furnished with such documents:

11.3.1. original certificate (report) from the healthcare facility (on the form of the facility or with respective stamp or seal), for treatment of the diseases caused by COVID-19, indicating the patient's surname, diagnosis, date of application for medical care with the list of provided services broken down by the dates;

11.3.2. original doctor's prescriptions (on the form of the facility or with respective stamp or seal) relating to this disease;

11.3.3. original document issued by the doctor for undergoing laboratory tests (diagnostic measures and tests), which are caused by COVID-19, if such procedures gave a positive result, and the bill for laboratory services broken down by the dates and descriptions and test results;

11.3.4. to the documents under p.p. 11.3.1. – p.p. 11.3.3., the financial documents confirming payment for treatment, medicines and other services, payment for which is stipulated by the Insurance Contract (fiscal receipt, payment receipt marked with wet stamp or bank statement (certificate) on remitting the cost of medical services)

11.3.5. original certificate of absence (presence) of alcohol, drug and other intoxicants in the blood of the Insured Person at the time of occurrence;

11.3.6. passport or other document for the name of Insured/Insured Person with stamps of border services upon the Ukrainian border crossing;

11.4. In case of occurrence of the insured event under the risks of forced withdrawal from the trip or change of time limits of the trip, the Insurer shall be additionally provided with such documents:

11.4.1. original documents confirming the fact of stay in the observation;

11.4.2. documents, confirming the losses of the Insured / Insured Person resulting from occurrence of the insured event (paid invoices for accommodation in the place of observation, paid bills for meals).

11.5. Application and documents specified in par. 11.3. and par. 11.4. should be provided with obligatory addition of translations of the original documents executed in the languages other than Ukrainian, English or Russian, certified by the stamp of the translation bureau.

12. INDEMNITY PAYMENT PROCEDURE

12.1. The Insurer shall take decision to pay indemnity within 15 (fifteen) banking days from Insurer's receipt of all necessary and duly executed documents.

12.2. The indemnity shall be paid within 10 (ten) banking days from taking decision to pay indemnity (p. 12.1.) upon the consent of Parties in cash or via bank transfer subject to requirements of the current legislation to:

12.2.1. specialized services arranging and providing services to the Insured / Insured Person under the terms and condition of the Insurance Contract;

12.3. The Insurer shall have the right to extend the period for taking decision to pay indemnity or deny such claim in case:

12.3.1. if it has doubts in respect to substantiation of Insured Person's claims for indemnification – prior to receipt of necessary proofs but not later than 90 (ninety) calendar days from the date on which the Insured provides the Insurer with the last of all necessary documents specified in Section 11.

12.3.2. if police authorities conduct investigation into the circumstances resulting in the occurrence – prior to closure of the case;

12.3.3. if due to the occurrence, the information is entered in the Unified Register of Pretrial Investigations (URPI) in respect of the persons guilty of the occurrence – prior to closure of the case and entry into force of the court decision, but not later than 90 (ninety) calendar days from the date on which the Insured provides the Insurer with the last of all necessary documents specified in p. 11.3. – 11.4.;

12.3.4. if for clarifying the circumstances and nature of the occurrence, the survey is commissioned – prior to receipt of the official survey reports.

12.4. The decision to deny claim shall be notified in writing to the Insured / Insured Person stating the reasons for claim denial within 10 (ten) days from taking such decision.

13. REASONS FOR CLAIM DENIAL

13.1. The Insurer shall have the right to fully or partially deny claim if the Insured / Insured Person::

13.1.1. fails to notify or notifies untimely of the occurrence (p. 11.1.) or creates obstacles for the Insurer in clarifying circumstances, nature and amount of losses

13.1.2. provided knowingly false information about the subject matter of the Contract or occurrence;

13.1.3. obtained full indemnification for expenses sustained from the person causing them;

13.1.4. provided the Insurer with documents with knowingly false information about its health condition and medical services provided;

13.1.5. failed to provide the Insurer with all necessary documents specified in p.p. 11.3. – p.p. 11.4.

13.1.6. incurred expenses due to the occurrence on the territory not specified herein.

13.2. The Insurer shall be fully or partially released from paying the indemnity, if:

13.2.1. there occur any events specified in Section 6;

13.2.2. the Insured has not agreed with the Insurer or Call Center the amount of expenses and all actions relating to treatment and other services in case of the occurrence;

13.2.3. the Insured / Insured Person fails to fulfill instructions or recommendations of the Insurer / Call Center in respect of actions in case of the occurrence.

14. TERMS OF TERMINATION OF INSURANCE CONTRACT

14.1. The Contract shall terminate in case of:

- 14.1.1. expiration of the Contract;
- 14.1.2. crossing the state border of Ukraine by the Insured / Insured Person before 12:00 midnight of the date specified in the Contract as the Contract expiry date;
- 14.1.3. full compliance with the obligations hereunder by the Insurer;
- 14.1.4. Insured's default in payment of the insurance premium within the timeframe set forth herein
- 14.1.5. death or disablement of the individual Insured except for the cases specified by art. 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine On Insurance;
- 14.1.6. liquidation of the Insurer under the procedures established by the legislation of Ukraine;
- 14.1.7. issuance of the court decision on invalidating the Contract;
- 14.1.8. in other cases, stipulated by the current legislation of Ukraine.

14.2. The Contract may be terminated before expiry at any time upon written notification by one of the Parties (including in respect of the failure of other Party to perform the terms hereof) in compliance with the current legislation of Ukraine. In this case, the insurance premium shall be refunded as follows:

14.2.1. in case of early termination of the Contract, upon the Insured's request, the Insurer shall refund insurance premiums for the period remaining before expiration of the Contract, deducting standard costs for conduct of the case in the amount of 25% (twenty five percent) and actually paid sums insured.

If the Insurer's request is attributable to the Insurer's violation of the terms hereof, then the latter shall refund paid insurance premiums to the Insured in full;

14.2.2. in case of early termination of the Contract, upon the Insurer's request, the Insured shall be refunded paid insurance premiums in full. If the Insurer's request is attributable to the Insured's failure to comply with the terms hereof, then the Insurer shall refund insurance premiums for the period remaining before expiration of the Contract, deducting standard costs for conduct of the case in the amount of 25% (twenty five percent) and actually paid insurance indemnities.

14.3. The insurance premium shall not be refunded in case of forced refusal of the Insured/Insured Person from travelling provided that the latter has valid visa for the trip if the Insured / Insured Person reports about its trip cancellation after expiration of the Insurance Contract.

14.4. In case of early termination of the Contract, the insurance premium shall be paid within 10 (ten) banking days from receipt of the written notification on termination of the Contract.

15. RESPONSIBILITY OF THE PARTIES

15.1. Pursuant to the current legislation of Ukraine, the Insurer shall assume material responsibility for delayed payment of insurance indemnity by paying the Insured the penalty equaling to the double rate of the NBU, effective during the period for which the penalty is paid, for the entire period of delay in performing financial obligations.

15.2. The Parties shall be excused from any responsibility for failure to fully or partially perform or duly perform obligations defined herein, if the occurrence becomes the consequence of force majeure circumstances.

15.3. A force majeure circumstance shall mean any external circumstances in respect to the Parties occurring beyond the reasonable control of the Parties and being unforeseeable, unpreventable, unavoidable, including but not limited to:

- natural disasters (earthquake, flood, hurricane, destruction resulting from the lightning etc.),
- industrial disasters (explosion, fire, breakage to machinery, equipment etc.),
- civil unrest (war, civil commotion, epidemic, strike, boycott etc.) as well as issuance of the acts of public or local authorities, other legitimate or illegitimate prohibitive measures of said bodies preventing the Parties from performing obligations hereunder or hindering such fulfillment etc.

15.4. The affected Party unable to duly perform obligations hereunder as a result of force majeure circumstances shall notify other Party in writing of existing hindrances and their effect on performance of obligations hereunder within 7 (seven) days from their occurrence.

15.5. If the force majeure circumstances occur within 3 (three) consecutive months and show no signs of cessation, the existence of force majeure circumstances shall be confirmed by the competent authority.

15.6. The Contract may be terminated by the Insurer or Insured by sending a written notification to other Party.

15.7. The expiration of the Contract or its early termination shall not release the Parties from responsibility for its performance / violation that occurred during its validity. In case of violation of the obligation, the Party shall assume responsibility defined herein and (or) the current legislation of Ukraine

16. DISPUTE RESOLUTION PERIOD AND PROCEDURE

16.1. During the general period of limitations set forth by the current legislation, from the date of indemnity payment, the Insurer shall have the right to file claim in respect of refund of paid indemnity if there occur any grounds set forth by the current legislation of Ukraine, Rules and terms of insurance.

16.2. Any disputes arising from or in connection with this Contract shall be settled under the procedures established by the current legislation of Ukraine.

17. FINAL PROVISIONS

17.1. All other matters not covered by this Insurance Contract shall be governed by the Rules of Insurance and applicable legislation.

17.2. In the event of any discrepancies between the terms of the Insurance Contract and Rules, the Insurance Contract shall prevail.

17.3. By signing the Certificate to this Contract the Insured acknowledges that

- it has read and understood and agrees with the insurance rules and conditions. All said information and all conditions of the Contract and Rules are clear;
- the said information and the Contract do not contain ambiguous wordings and / or incomprehensible definitions
- the said information is available in the Insurer's service points and / or on the Insurer's website in the Internet as well as the full or understandable essence of financial services provided by the Insurer;
- the conclusion of this Contract is not forced by another person
- this Contract is not concluded by the Insured under influence of the error, severe circumstances, forcing, violence;

▪ For the purposes of the Law of Ukraine On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets, the Insurer has obtained and familiarized himself with all information to the extent and under the procedure specified in part 2 of Article 12 of the Law of Ukraine On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets;

▪ For the purposes of Art. 6, 10, 11, 14 and 20 of the Law of Ukraine on Protection of Personal Data, the Insured shall give express and unconditional consent (permit) to the transfer, storage and processing of its personal data in written and/or electronic form, for the purpose of implementing civil law, business law, administrative law, tax and accounting relations as well as reporting to tax and other authorities under the procedures stipulated by the legislation of Ukraine.

▪ is familiarized with the rights defined in Art.8 of the Law of Ukraine On Protection of Personal Data;

▪ The Contract complies with the requirements of Art. 11 and 18 of the Law of Ukraine On Protection of Consumer Rights.

17.4. The correspondence, notices from the Insurer to the Insured are sent to the address specified in the Certificate or notified by the Insured in writing under the terms hereof.

17.5. By signing the Certificate to the Contract, the Insured gives its consent to documenting and recording the information received from the Insured, including phone conversations, in respect of the Notices about the event having signs of the insured event, other information for performing obligations under the Contract

17.6. By signing the Certificate to the Contract, the Insured gives its consent to the Insurer for using the information specified in p. 17.7., including the phone conversations recordings, other information and documents received from the Insured in case of settlement of insured events under the terms hereof in relationships with individuals and legal entities, public authorities, including in case of resolving disputes (claims, lawsuits, applications) relating to performance of the obligations under this Contract by the Insured and Insurer.

17.7. The Insurer guarantees the use of information and documents received from the Insured, including the phone conversations recordings, for the purpose and within the obligations set forth by this Contract and current legislation of Ukraine in compliance with the requirements established by the Constitution of Ukraine, Law of Ukraine On Information and other legislative acts regulating the relationships in the field of information

17.8. By signing the Certificate to the Contract, the Insured acknowledges that it is duly informed that for conclusion of the Contract, before and during its conclusion as well as for its execution the Insurer, according to the current legislation, may involve insurance intermediaries acting on Insurer's behalf and performing the part of its functions, jointly or individually.

17.9. The Insured is the personal income taxpayer according to the provisions of the Tax Code of Ukraine. The Beneficiary is the personal income taxpayer according to the provisions of the Tax Code of Ukraine.

17.10. The Insured (including upon availability of the Beneficiary, additionally Insured Person, person acting for and on behalf of the Insured) certifies that for the purposes of art. 8, 12, 21 of the Law of Ukraine On Protection of Personal Data it is informed about collection of personal data, content and composition of collected personal data provided by it, the rights of data subjects specified in this Law, purpose of the collection of personal data an persons, to which the personal data may be transferred, taking into account the requirements specified in the Law of Ukraine On Prevention and Counteraction of Legalization (Laundering) of Proceeds of Crime, Financing Terrorism and Financing of Proliferation of Weapons of Mass Destruction.

17.11. According to part 3 of Art. 207 of the Civil Code of Ukraine the Parties have agreed that the use of facsimile representation of the signature of the authorized person and seal of the Insurer by means of mechanical and other copying or other analog of the handwritten signature and seal, shall be recognized by the Insured as the original signature of the authorized person, sealed by the Insured. The respective samples of the signature and seals are indicated in the section of the Contract containing the bank details of the Parties.

17.12. In compliance with Article 12 of the Law of Ukraine On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets, the reference details of the authority responsible for state regulation of financial services markets (address, phone number etc.) as well as the reference details of consumer protection authorities shall be:

National Bank of Ukraine

For submission of written requests: 11-B Instytutska Str., Kyiv-8, 01601

tel: 0 800 505 240,

Form of electronic request: nbu@bank.gov.ua

State Service of Ukraine for Food Safety and Consumer Protection

Address: 01001, Kyiv, Hrinchenka 1

tel. (044) 279 12 70, (044) 278 84 60,

www.consumer.gov.ua

17.13. In compliance with part 2 of Article 12 of the Law of Ukraine On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets the Insured shall acknowledge that the Insurer has provided, and the Insured has familiarized itself with corresponding information in respect of the requirements of this Law

17.14. According to the requirements of the Law of Ukraine On Prevention and Counteraction of Legalization (Laundering) of Proceeds of Crime, Financing Terrorism and Financing of Proliferation of Weapons of Mass Destruction, the Insurer shall have the right to request and the client, client's representative are obliged to submit information (official documents), required for due diligence, as well as for performance of other requirements of the legislation in respect of prevention and counteraction.

18. BANK DETAILS AND SIGNATURES OF THE INSURER

Insurer: **Joint-Stock Company «Insurance Company «INGO».**

Location and actual address: 01054, Kyiv, 33 Bulvarno-Kudriavska Str.

Tel.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45

Fax: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

IBAN UA393206490000026503052600903 in ARC "PRIVATBANK"

MFO 320649

USREOU code 16285602

Chief Executive Officer

JSIC «INGO»



I. M. Gordienko