

Оферта №5 від 10.10.2020
щодо укладення Договору добровільного страхування
медичних витрат, пов'язаних із захворюванням на COVID-19
іноземців та осіб без громадянства

Ця Оферта містить "Пропозицію і порядок укладення в електронній формі" Договору добровільного страхування медичних витрат, пов'язаних із захворюванням на COVID-19 іноземців та осіб без громадянства, надалі – **Договір**, та запропоновані Приватним акціонерним товариством "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ГЛОБАЛ ГАРАНТ" (далі – Страховик, ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ") "Загальні умови страхування", що становлять Частина Б Договору (у разі укладення останнього), надалі – **Загальні умови**.

Ця Оферта стосується укладення Договору в електронній формі. Пропозиція Оферти діє з 10.10.2020.

У разі прийняття Страхувальником Оферти, страхування здійснюється у відповідності до Частини Б Договору, що є невід'ємною складовою даної Оферти.

1. Пропозиція і Порядок укладення Договору в електронній формі.

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

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

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

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

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

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

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

1.4.4. ознайомлений та згодний з умовами страхування, викладеними у Частинах А і Б Договору;

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

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

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

1.5. Після здійснення акцепту Оферти:

1.5.1. Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну адресу, вказану при заповненні Заявки, повідомлення Страховика про підтвердження укладення Договору в

Offer No. 5 of 10.10.2020
for the conclusion of the Agreement of voluntary insurance
of medical expenses related to COVID-19 disease
for foreigners and stateless persons

This Offer contains the "Proposal and Procedure for Conclusion in Electronic Form" of the Agreement of voluntary insurance of medical expenses related to COVID-19 disease for foreigners and stateless persons, hereinafter referred to as the Agreement, and proposed by the Private Joint Stock Company "INSURANCE COMPANY "GLOBAL GARANT" (hereinafter - the Insurer, PJSC "IC "GLOBAL GARANT") "General Conditions of Insurance", which constitute Part B of the Agreement (if the latter is concluded), hereinafter - the General Conditions.

This Offer concerns the conclusion of the Agreement in electronic form. The Offer is valid from 10.10.2020.

If the Policyholder accepts the Offer, insurance is carried out in accordance with Part B of the Agreement, which is an integral part of this Offer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5. After the acceptance of the Offer:

1.5.1. The Client acquires the status of the Policyholder and receives, to the email address specified when filling out the Application, the Insurer's message confirming the conclusion of the

електронній формі, шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми Частини А Договору.

1.5.2. Страхувальник здійснює оплату суми страхового платежу, вказаного у Частині А "Спеціальні умови" Договору, у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

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

1.7. Договір є підписаним з боку Страховика, згідно зі ст. 12 Закону України "Про електронну комерцію", за наявності - на візуальній формі Частини 1 Договору і в Оферті - аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика.

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

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

Agreement in electronic form, by sending an electronic document - the visual form of Part A of the Agreement.

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

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

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

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

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

**Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"**

**First Deputy of the
Chairman of the Board
PJSC "IC "GLOBAL GARANT"**



I.В. Бонковська

Bonkovska I.V.

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

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

ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ",
01103, м.Київ, бульвар Дружби Народів, 28-В,
Тел. (044) 357-70-80,
електронна адреса: office@globalgarant.com.ua

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

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

PJSC "IC "GLOBAL GARANT",
01103, city of Kyiv, Druzhby Narodiv Boulevard, build. 28-B,
Tel. (044) 357-70-80,
email address: office@globalgarant.com.ua

**2. ДОГОВІР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ,
ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА COVID-19
ІНОЗЕМЦІВ ТА ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА**

ЧАСТИНА Б. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованих осіб (ЗО) та медичними витратами ЗО, що мали місце внаслідок розладу здоров'я, пов'язаного із захворюванням на COVID-19, під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) в Україну.

1.2. За цим Договором, Страховик зобов'язується, у разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови цього Договору.

2. ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

2.1. COVID-19 - скорочена назва хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2. Код цієї хвороби за МКХ10 – "U07.1."

2.2. SARS-CoV-2 - одноланцюговий РНК-вмісний штам коронавірусу виду SARS-CoV роду бетакоронавірусів, що спричиняє хворобу COVID-19.

2.3. Асистанс - особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання з нею страхового випадку, організовує, контролює, сплачує вартість надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

2.4. Витрати на ведення справи – витрати Страховика на укладення та обслуговування Договору.

2.5. Договір страхування (Договір) – цей договір добровільного страхування медичних витрат. Сторонами Договору є Страховик і Страхувальник.

2.6. Застрахована особа (ЗО) - це фізична особа – іноземець або особа без громадянства, на користь якої укладений Договір та яка на законних підставах тимчасово знаходиться на території України.

ПРИМІТКА. Застрахованими особами не можуть бути іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, особи, визнані біженцями або особи, які потребують додаткового захисту. У разі укладення цього Договору щодо таких осіб, він вважається укладеним під впливом помилки і не містить правових наслідків для Страховика, крім обов'язку повернути в повному обсязі помилково сплачений страховий платіж.

2.7. Компетентні органи:

2.7.1. державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку;

2.7.2. юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що впливають із Договору.

ПРИМІТКА. Компетентними органами, зокрема вважаються: правоохоронні органи, медичні установи, суди тощо.

2.8. Країна постійного проживання - країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста восьмидесяти трьох) днів у календарному році.

2.9. Ліміт страхових виплат (Ліміт) – максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений, в рамках цього Договору, в частині окремих елементів медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

2.10. Медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику і лікування Застрахованих осіб у зв'язку з їх захворюванням на COVID-19. В рамках Договору, оплачуються послуги державних/ комунальних медичних закладів.

2.10.1. Екстрена 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

**2. AGREEMENT OF VOLUNTARY INSURANCE
OF MEDICAL EXPENSES RELATED TO COVID-19 DISEASE
FOR FOREIGNERS AND STATELESS PERSONS**

PART B. GENERAL CONDITIONS OF INSURANCE

6. SUBJECT OF THE AGREEMENT

1.1. The subject of the Insurance Agreement is property interests that do not contradict the law, related to the life, health of the Insured Persons and medical expenses of the Insured Persons, which occurred as a result of a health disorder associated with COVID-19 disease at the time of the Insured Person's travel (trip) to Ukraine.

1.2. Under this Agreement, the Insurer undertakes, upon the occurrence of the Insured Event, to pay the Insurance Claim, and the Policyholder undertakes to pay Insurance Premiums within a certain time frame and comply with other conditions of this Agreement.

2. TERMS USED IN THE AGREEMENT

2.1. COVID-19 is the abbreviated name for the disease caused by the SARS-CoV-2 coronavirus. The MKX10 code for this disease is "U07.1"

2.2. SARS-CoV-2 is a single-stranded RNA-containing strain of the SARS-CoV type of coronavirus of the Betacoronavirus genus, which causes COVID-19 disease.

2.3. Assistance is a person who acts for and on behalf of the Insurer and coordinates the actions of the Policyholder (Insured Person) and persons providing services to the Insured Person upon the occurrence of the Insured Event, organizes, controls, pays the cost of providing such services and performs other actions for and on behalf of the Insurer.

2.4. Case management costs are expenses of the Insurer for the conclusion and maintenance of the Agreement.

2.5. Insurance Agreement (Agreement) is an Agreement of voluntary insurance for medical expenses. The Parties to the Agreement are the Insurer and the Policyholder.

2.6. Insured Person is an individual - a foreigner or a stateless person, in whose favor the Agreement is concluded and who is temporarily on the territory of Ukraine on a legal basis.

NOTE. Foreigners and stateless persons permanently residing in the territory of Ukraine, persons recognized as refugees or persons who need additional protection cannot be the Insured Persons. If this Agreement is concluded with respect to such persons, it is considered concluded under the influence of delusion and does not contain legal consequences for the Insurer, except for the obligation to return in full the erroneously paid Insurance Premium.

2.7. Competent authorities:

2.7.1. state bodies, whose competence includes elimination of the consequences of the Insured Events, establishing the causes and circumstances of the occurrence of the Insured Events, assessing their consequences, as well as providing official clarifications on issues related to the circumstances of the Insured Event;

2.7.2. legal entities with appropriate powers, to which the Insurer or the Policyholder can apply to resolve disputes and other issues arising from the Agreement.

NOTE. The competent authorities, in particular, are considered: law enforcement agencies, medical institutions, courts and the like.

2.8. Country of permanent residence is a country in which the Insured Person resides for a total of at least 183 (one hundred eighty-three) days in a calendar year.

2.9. Limit of Insurance Claims (Limit) is the maximum amount of obligations of the Insurer, established under this Agreement, in terms of individual elements of medical assistance provided to the Insured Person in case of the Insured Event.

2.10. Medical assistance is the activity of professionally trained medical workers aimed at diagnosing and treating the Insured Persons in connection with COVID-19 disease. Within the framework of the Agreement, the services of state/communal medical institutions are paid.

2.10.1. Urgent assistance is medical care, which includes implementation of urgent organizational, diagnostic and therapeutic measures by emergency medical care workers aimed at saving and preserving the life of a person with COVID-19 disease who is in an

із захворюванням на COVID-19, що знаходиться у Невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Обсяг послуг Екстреної допомоги:

- 1) цілодобовий прийом Асистансом звернень щодо надання Екстреної допомоги Застрахованим особам;
- 2) виїзд бригади екстреної медичної допомоги до місця знаходження ЗО,
- 3) вимірювання насичення капілярної крові киснем (сатурації), зняття ЕКГ, вимірювання артеріального тиску, підрахунок частоти серцевих скорочень та частоти дихання, проведення лабораторних тестів (глюкоза крові, тропонін, ацетон), встановлення попереднього діагнозу;
- 4) забезпечення медикаментами для надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі;
- 5) лікувальні маніпуляції (ін'єкції, реанімаційні заходи, оксигенотерапія та інша кваліфікована медична допомога);
- 6) транспортування машиною екстреної медичної допомоги до ЛПУ державної/ комунальної форми власності, найближчої до місця настання події, для проведення подальшого лікування.

2.10.2. Невідкладна стаціонарна допомога - медична допомога, що надається ЗО в умовах цілодобового стаціонару (ССМЗ), за наявності у Застрахованої особи COVID-19 із Тяжким перебігом захворювання та виконання критеріїв госпіталізації у ССМЗ, встановлених Наказом 722, при станах ЗО, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. При цьому, в «Медичній карті стаціонарного хворого» зазначається «**Госпіталізований за терміновими показаннями**».

Обсяг послуг Невідкладної стаціонарної допомоги під час перебування у ССМЗ:

- 1) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації - як за основним захворюванням, так і за супутніми захворюваннями, що впливають на перебіг основного захворювання;
- 2) діагностичні дослідження: лабораторні (загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні, тощо (окрім тесту ПЛР на SARS-CoV-2) та інструментальні (УЗД, бронхоскопія, ЕКГ, РГ, КТ ОГК (однократно) тощо - за призначенням лікаря);
- 3) лікувальні маніпуляції (ін'єкції, катетеризації тощо);
- 4) медикаментозне лікування, в т.ч. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркоз);
- 5) перебування в палатах, стандартних для ЛПУ, в т.ч. у відділенні інтенсивної терапії;
- 6) харчування, стандартне для ЛПУ.

2.11. Медична послуга - це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я та оплачується її замовником.

2.12. Місце дії Договору – територія України, крім тимчасово окупованих територій та населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення у зоні проведення ООС (Операції об'єднаних сил) і визначені відповідно до чинного законодавства України.

2.13. Наказ 722 – Наказ МОЗ №722 від 28.03.2020 "Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)", яким затверджено Стандарти медичної допомоги "Коронавірусна хвороба (COVID-19)", зі змінами і доповненнями.

2.14. Обсерватор - спеціалізований заклад, призначений для тимчасового перебування осіб, які підлягають обсервації, їх обстеження та здійснення медичного нагляду за ними.

2.15. Обсервація - перебування особи, стосовно якої є ризик поширення інфекційної хвороби, у спеціалізованому закладі (Обсерваторі) з метою її обстеження та здійснення медичного нагляду за нею.

2.16. Перебіг захворювання – сукупність симптомів COVID-19, що характеризує особливості протікання хвороби у конкретної особи.

2.16.1. Легкий перебіг захворювання характеризується: невисокою гарячкою (до 38° С), що добре контролюється прийомом жарознижуючих препаратів; нежиттю; сухим кашлем без ознак дихальної недостатності (таких як утруднене дихання, збільшення частоти дихальних рухів, кровохаркання); відсутністю шлунково-кишкових проявів (нудота, блювання та/або

emergency condition and minimizing the consequences of such a condition for his/her health.

Scope of urgent services:

- 1) round-the-clock reception by the Assistance of requests for the provision of emergency assistance to the Insured Persons;
- 2) visit by the emergency medical team of the Insured Person's location;
- 3) measuring the saturation of capillary blood with oxygen, taking an ECG, measuring blood pressure, counting heart rate and respiration rate, conducting laboratory tests (blood glucose, troponin, acetone), establishing a preliminary diagnosis;
- 4) provision of medicines for emergency care at the pre-hospital stage;
- 5) medical manipulations (injections, resuscitation measures, oxygen therapy and other qualified medical care);
- 6) transportation by an emergency medical car to a state/communal health facility closest to the place of the Insured Event occurrence for further treatment.

2.10.2. Emergency inpatient care - medical care provided to the Insured Person in a 24-hour hospital (SIMI), if the Insured Person has COVID-19 with a severe course of the disease and meets the criteria for hospitalization to the SIMI established by the Order 722, in conditions of the Insured Person, when the absence of immediate medical intervention can lead to serious (including persistent) dysfunctions of the body, or to a threat to the life of the Insured Person. In this case, the "Medical card of an inpatient" indicates "**Hospitalized for urgent reasons.**"

Scope of emergency inpatient care services during stay at the SIMI:

- 1) consultations and other professional services of medical personnel, incl. doctors of narrow specialization - both in the main disease and in concomitant diseases that affect the course of the underlying disease;
- 2) diagnostic tests: laboratory (general clinical, biochemical, bacteriological, etc. (except for the PCR test for SARS-CoV-2) and instrumental (ultrasound, bronchoscopy, ECG, RG, CT of thoracic organs (once), etc. - by doctor's prescription);
- 3) medical manipulations (injections, catheterization, etc.);
- 4) drug treatment, incl. resuscitation measures, anesthetic management (anesthesia);
- 5) stay in wards, standard for medical facilities, incl. in the intensive care unit;
- 6) catering, standard for medical facilities.

2.11. Medical service is a service provided to a patient by a healthcare institution and paid for by the customer.

2.12. Place of validity the Agreement is the territory of Ukraine, except for the temporarily occupied territories and settlements, on the territory of which state authorities temporarily do not exercise their powers, and the list of settlements located on the line of contact in the zone of the JFO (joint force operations) and determined in accordance with the current legislation of Ukraine.

2.13. Order 722 is the Order of the Ministry of Health No. 722 of 28.03.2020 "Organization of medical care for patients with coronavirus disease (COVID-19)", which approved the Standards of medical care "Coronavirus disease (COVID-19)", with amendments and additions.

2.14. Observation facility is a specialized institution intended for the temporary stay of persons subject to observation, their examination and medical supervision over them.

2.15. Observation is the stay of a person with respect to whom there is a risk of spreading an infectious disease in a specialized institution (the Observation facility) for the purpose of examining such a person and carrying out medical supervision over him/her.

2.16. Course of the disease is a set of symptoms of COVID-19, which characterizes the course of the disease in a particular person.

2.16.1. Mild course of the disease is characterized by: low fever (up to 38° C), well controlled by taking antipyretic drugs; runny nose; dry cough without signs of respiratory distress (such as difficulty breathing, increased respiratory rate, hemoptysis); lack of gastrointestinal manifestations (nausea, vomiting and / or diarrhea); lack of changes in mental state (impaired consciousness, lethargy).

діарея); відсутністю змін психічного стану (порушення свідомості, млявість).

2.16.2. Тяжкий перебіг захворювання характеризується: ознаками пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище 30 за хвилину, збільшення частоти серцевих скорочень вище 130 за хвилину, зниження систолічного артеріального тиску нижче 90 мм.рт.ст, кровохаркання, показник SpO₂ при вимірюванні пульсоксиметром <93%), при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії; наявністю клініко-інструментальних даних гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС); наявністю клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді); наявністю клініко-лабораторних ознак органної/системної недостатності, окрім дихальної.

2.16.2.1. Незалежно від тяжкості стану, до **Тяжкого** перебігу захворювання прирівнюється лабораторно підтверджений за допомогою ПЛР діагноз COVID-19 пацієнтів, які відносяться до наступних груп ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, тяжкі алергічні хвороби, цереброваскулярні захворювання в стадії декомпенсації, онкологічні захворювання; а також пацієнтів, у яких відзначається підвищення температури вище 38° C, що погано піддається корекції (тимчасове, не більше ніж на 1 - 1,5 години зниження на тлі прийому жарознижуючих препаратів з наступним її підвищенням).

2.17. ПЛР - полімеразна ланцюгова реакція.

2.18. Правила – "Правила добровільного страхування медичних витрат" Страховика – ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ", зареєстровані у встановленому порядку.

2.19. Невідкладний стан - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я людини, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок причин, що відповідають симптомам захворювання на COVID-19.

2.20. Подія, що має ознаки страхового випадку (Подія) - це подія, кваліфікація якої відповідає визначенню страхового випадку за цим Договором, що фактично настала, та з настанням пологів певних осіб, вказаних у цьому Договорі, згідно з його положеннями, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така подія може бути як визнана, так і не визнана у якості страхового випадку за Договором.

2.21. Сторони Договору (Сторони) – спільне найменування Страховика і Страхувальника у цьому Договорі.

2.22. Страховий акт - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані ЗО Медичні послуги.

2.23. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.24. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

2.25. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

2.26. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

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

2.28. Страховий тариф - ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.29. ССМЗ - спеціалізований державний/ комунальний стаціонарний медичний заклад, у який здійснюється госпіталізація фізичних осіб, у разі захворювання на **COVID-19**, за виконання критеріїв для госпіталізації, передбачених Наказом 722 та іншими чинними нормативними актами МОЗ України.

2.30. ТГРС - тяжкий гострий респіраторний синдром.

2.31. Третя особа - будь-яка юридична або фізична особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованої особи.

2.16.2. Severe course of the disease is characterized by:

signs of pneumonia and / or respiratory failure (an increase in the respiratory rate above 30 per minute, an increase in heart rate above 130 per minute, a decrease in systolic blood pressure below 90 mm Hg, hemoptysis, SpO₂ when measured with pulse oximeter <93%) in the presence of radiologically confirmed pneumonia, the presence of clinical and instrumental data of acute respiratory distress syndrome (ARDS), the presence of clinical and laboratory data of sepsis and / or septic shock (systemic inflammatory response syndrome); the presence of clinical and laboratory signs of organ / systemic failure, except for respiratory.

2.16.2.1. Regardless of the **Severity** of the condition, the laboratory-confirmed PCR diagnosis of COVID-19 in patients who belong to the following risk groups for complications is equated to a **severe** course of the disease: severe arterial hypertension, decompensated diabetes mellitus, immunosuppressive conditions, severe chronic pathology of the respiratory and cardiovascular vascular systems, renal failure, autoimmune diseases, severe allergic diseases, cerebrovascular diseases in the stage of decompensation, oncological diseases; as well as in patients who have an increase in temperature above 38 ° C, which is difficult to correct (a temporary, no more than 1 - 1.5 hour decrease on the background of taking antipyretic drugs, followed by an increase).

2.17. PCR means a polymerase chain reaction.

2.18. Rules means "Rules for voluntary insurance of medical expenses" of the Insurer - CJSC IC "GLOBAL GARANT", registered in accordance with the established procedure.

2.19. Medical emergency is a sudden deterioration in a person's physical or mental health that carries direct and inevitable threat to the life and health of a person or people around such person and arises due to reasons corresponding to the symptoms of COVID-19 disease.

2.20. Event that has signs of the Insured Event (Event) is an event, the qualification of which corresponds to the Insured Event definition under this Agreement, has actually occurred, and with the occurrence of which certain persons specified in this Agreement, in accordance with its provisions, are assigned specific duties. In the future, such an Event can be either recognized or not recognized as the Insured Event under the Agreement.

2.21. Parties to the Agreement (Parties) is the joint name of the Insurer and the Policyholder in this Agreement.

2.22. Insurance Act is a document that is drawn up by the Insurer to confirm the occurrence of the Insured Event and is the basis for making the Insurance Claim. The Insurance Act is drawn up on the basis of documents on the medical services provided to the Insured Person.

2.23. Insured Event is an event stipulated by the Agreement, which took place and with the occurrence of which the Insurer becomes obliged to pay the Insurance Claim.

2.24. Insurance Claim is the amount of money paid by the Insurer in accordance with the terms of the Agreement upon the occurrence of the Insured Event.

2.25. Insurance Premium is the payment for insurance that the Policyholder is obliged to pay to the Insurer in accordance with the Agreement.

2.26. Insured Sum is the amount of money within which the Insurer, in accordance with the terms of the Agreement, is obliged to pay the Insurance Claim upon the occurrence of the Insured Event.

2.27. Insured Risk is an expected event, for which insurance is carried out and which has signs of probability and accident of occurrence.

2.28. Insurance rate is the rate of the Insurance Premium per unit of the Insured Sum for a certain period of insurance.

2.29. SIMI is a specialized state/communal inpatient medical institution in which individuals are hospitalized in case of COVID-19 disease, if the criteria for hospitalization provided for by the Order 722 and other current regulations of the Ministry of Health of Ukraine are met.

2.30. SARS is a severe acute respiratory syndrome.

2.31. Third Party is any legal entity or individual, except for the Insurer, Policyholder, Insured Person.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим ризиком є вірогідне настання, під час та у Місці дії Договору, розладу здоров'я Застрахованої особи, пов'язаного з її захворюванням на **COVID-19**, що зумовлює потребу у наданні цій особі медичних та інших послуг, передбачених Договором.

3.2. Страховим випадком є фактичне надання Застрахованій особі, під час її знаходження у Місці дії Договору, у разі лабораторного підтвердження у цієї особи COVID-19 за допомогою ПЛР, медичної допомоги і медичних послуг, пов'язаних із Тяжким перебігом захворювання на COVID-19, а також послуг Обсервації - при знаходженні ЗО, у зв'язку із COVID-19, в установі, яка визначена місцевою владою як Обсерватор.

3.2.1. При настанні страхового випадку, Страховик відшкодовує витрати на:

3.2.2. надання Застрахованій особі Екстреної допомоги;

3.2.3. надання Застрахованій особі Невідкладної стаціонарної допомоги.

3.2.4. витрати на харчування Застрахованої особи під час її знаходження в Обсерваторії. При цьому, підлягають відшкодуванню витрати у межах 300 грн/день протягом строку, не більшого 14 (чотирнадцяти) днів.

4. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. Страховим випадком не визнається Подія, що настала внаслідок захворювання ЗО на COVID-19, яке мало місце поза термінами і місцем дії цього Договору.

4.2. Страховик звільняється від обов'язку здійснення страхової виплати у наступних випадках:

4.2.1. Отримання вимоги щодо компенсації витрат на тестування ЗО на наявність COVID-19,

4.2.2. Отримання вимоги щодо компенсації витрат та проведення комп'ютерної томографії органів грудної клітини (КТ ОГК), окрім 1 (одного) КТ-дослідження при наданні ЗО невідкладної стаціонарної допомоги, за наявності у ЗО позитивного лабораторного діагнозу захворювання на COVID-19;

4.2.3. Отримання вимоги щодо компенсації витрат на Обсервацію Застрахованих осіб, при відсутності відповідних рекомендацій Компетентних органів щодо знаходження в Обсерваторії цих ЗО;

4.2.4. Отримання вимоги щодо компенсації витрат на лікування у ЗО **наслідків** захворювання на COVID-19, на яке Застрахована особа захворіла поза термінами і Місцем дії цього Договору;

4.2.5. якщо лікування лабораторно підтвердженого у ЗО захворювання на COVID-19 здійснювалось у **приватних** медичних закладах.

4.3. Страховик не відшкодовує наступні витрати:

4.3.1. Пов'язані з діагностикою, лікуванням, Обсервацією конкретної ЗО при її **повторному** захворюванні на COVID-19 протягом строку дії цього Договору;

4.3.2. Пов'язані з діагностикою та/або лікуванням будь-якої хвороби або стану, крім COVID-19;

4.3.3. витрати на Обсервацію, необхідність якої не пов'язана із захворюванням ЗО на COVID-2019;

4.3.4. витрати за перебування ЗО на Обсервації (крім харчування), що, згідно із законодавством України, повинні надаватись Застрахованій особі безкоштовно.

4.3.5. Вартість послуг перекладача, пов'язаних із діагностикою та/або лікуванням та/або Обсервацією у разі захворювання ЗО на COVID-19, моральну шкоду, інші додаткові витрати, не передбачені цим Договором.

4.3.6. Вартість експериментального лікування; лікувальні процедури, маніпуляції, в т.ч. з метою профілактики (вакцинація, імунізація, вітамінізація тощо), лікування у профілакторіях та санаторіях; реабілітації; гомеопатичного та фітотерапевтичного лікування;

4.3.7. вартість стимуляторів загальної дії, біологічно активних добавок (БАД) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії, простагландинів, хондропротекторів, гепатопротекторів, сольових розчинів, ферментів, пробіотиків, імуномодуляторів,

3. INSURED RISK. INSURED EVENT

3.1. The Insured Risk is the probable occurrence, during and in the Place of Validity of the Agreement, of a health disorder of the Insured Person associated with COVID-19 disease, which makes it necessary to provide this person with medical and other services provided for in the Agreement.

3.2. The Insured Event is the actual provision to the Insured Person, while such person is in the Place of Validity of the Agreement, in the case of laboratory confirmation of COVID-19 disease in this person using PCR, of medical assistance and medical services related to the severe course of COVID-19 disease, as well as observation services - when the Insured Person, in connection with COVID-19, is in an institution designated by the local authorities as the Observation Facility.

3.2.1. In case of the Insured Event, the Insurer reimburses the costs for:

3.2.2. provision of the Insured Person with Urgent assistance;

3.2.3. provision of the Insured Person with Emergency inpatient care.

3.2.4. expenses for food for the Insured Person during his/her stay at the Observation facility. At that, expenses within 300 UAH per day for a period not exceeding 14 (fourteen) days are subject to reimbursement.

4. RESTRICTION OF INSURANCE. EXCLUSION FROM INSURED EVENTS

4.1. The Event that occurred as a result of COVID-19 disease in the Insured Person, which took place outside the terms and the Place of Validity of this Agreement is not recognized the Insured Event.

4.2. The Insurer is released from the obligation to pay the Insurance Claims in the following cases:

4.2.1. Receipt of a claim for reimbursement of costs for testing the Insured Person for COVID-19;

4.2.2. Receipt of a claim for reimbursement of costs and for conduction of a computed tomography of the thoracic organs, except for 1 (one) CT examination when providing emergency inpatient care to the Insured Person, if the Insured Person has a positive laboratory confirmed diagnosis of COVID-19 disease;

4.2.3. Receipt of a claim for reimbursement of costs for observation of the Insured Person, in the absence of appropriate recommendations from the competent authorities about the presence of such the Insured Person in the Observation facility;

4.2.4. Receipt of a claim for compensation of costs for treatment of the COVID-19 disease consequences, which developed in the Insured Person outside the terms and the Place of Validity of this Agreement;

4.2.5. If the treatment of the laboratory confirmed COVID-19 disease in the Insured Person was carried out in **private** medical institutions.

4.3. The Insurer does not reimburse the following costs:

4.3.1. Associated with the diagnosis, treatment, observation of the specific Insured Person in case of recurrent COVID-19 disease during the term of this Agreement;

4.3.2. Related to the diagnosis and / or treatment of any disease or condition other than COVID-19;

4.3.3. Expenses for the Observation, the need for which is not related to the COVID-19 disease in the Insured Person;

4.3.4. Expenses for the stay of the Insured Person at the Observation (except food), which, according to the legislation of Ukraine, must be provided to the Insured Person free of charge.

4.3.5. The cost of translator services related to diagnostics and / or treatment and / or Observation in case of COVID-19 disease in the Insured Person, moral harm, other additional costs not provided for in this Agreement.

4.3.6. Experimental treatment cost; medical procedures, manipulations, incl. for the purpose of prevention (vaccination, immunization, vitaminization, etc.), treatment in dispensaries and sanatoriums; rehabilitation; homeopathic and phytotherapeutic treatment;

4.3.7. The cost of general action stimulants, biologically active additives (BAA) and food additives, general action enzymes, prostaglandins, chondroprotectors, hepatoprotectors, saline solutions, enzymes, probiotics, immunomodulators, bacteriophages, disin-

бактеріофагів, дезинфікуючих засобів, предметів гігієни та догляду, шампунів, кремів, паст, памперсів тощо;

4.3.8. Вартість консультацій гомеопата, імунолога;

4.3.9. Вартість препаратів - інгібіторів фактору некрозу пухлин, моноклональних антитіл, гіполіпідемічних препаратів.

4.3.10. Вартість препаратів, найменування яких відсутні у Протоколах лікування COVID-19, затверджених МОЗ України.

4.3.11. Медичні витрати за одним страховим випадком, у разі тривалості лікування ЗО більше 30 (тридцяти) днів з дати лабораторного підтвердження захворювання COVID-19;

4.3.12. Медичні витрати на лікування в стаціонарі хворих на COVID-19 з Легким перебігом цього захворювання;

4.3.13. Медичні витрати на діагностику COVID-19, та проведення комп'ютерної томографії органів грудної клітини (КТ ОГК), - окрім 1 (одного) КТ- дослідження при наданні ЗО Невідкладної стаціонарної допомоги.

4.3.14. Медичні витрати на діагностику та лікування COVID-19 в амбулаторних умовах.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ТА ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

5.1. Страхувальник має право:

5.1.1.Перевіряти виконання Страховиком умов Договору та вимагати від Страховика здійснення страхових виплат на користь Застрахованої особи у розмірах та у порядку, передбачених Договором при настанні Страхових випадків.

5.1.2.Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або її розмір.

5.1.3.На зміну умов Договору та на дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цими Договором.

5.1.4.Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного Договору.

5.1.5.Звертатися до Страховика при настанні Події за інструкціями щодо порядку отримання ЗО необхідної допомоги.

5.2. Страхувальник зобов'язаний:

5.2.1.Своєчасно вносити Страхові платежі у розмірах та в строки, визначені Договором.

5.2.2.При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну Страхового ризику протягом 2 (двох) робочих днів з дати отримання інформації про зміни.

5.2.3.Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету страхування.

5.2.4. Ознайомити Застраховану особу, що не є Страхувальником, з умовами Договору, якщо останній укладається щодо такої особи.

5.2.5.Повідомити Страховика про настання Події із Застрахованою особою у порядку та у строки, передбачені Договором.

5.2.6.В межах своєї компетенції, вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої особи та провадити усі можливі заходи, спрямовані на зменшення збитків, завданих внаслідок настання Події із Застрахованою особою.

5.3. Застрахована особа має право:

5.3.1.У разі настання Страхового випадку, при належному зверненні до Асистанса (Страховика), отримати передбачені Договором послуги в обсязі, передбаченому Договором.

5.3.2. При настанні Події, погоджувати з Асистансом або Страховиком всі свої дії, пов'язані з лікуванням, отриманням медичних чи інших послуг та оплатою вартості отриманих послуг за Договором, виконувати відповідні розпорядження/ рекомендації Асистанса і Страховика, пов'язані з Подією.

5.4. Застрахована особа зобов'язана:

5.4.1.Повідомити Страховика про настання Події у порядку та у строки, передбачені Договором, діяти згідно з положеннями Договору, виконуючи всі рекомендації Асистансу і Страховика.

fectants, hygiene and care items, shampoos, creams, pastes, diapers, etc.;

4.3.8. The cost of consulting a homeopath, immunologist;

4.3.9. The cost of drugs - tumor necrosis factor inhibitors, monoclonal antibodies, lipid-lowering drugs.

4.3.10. The cost of drugs whose names are absent in the COVID-19 Treatment Protocols approved by the Ministry of Health of Ukraine.

4.3.11. Medical expenses for one Insured Event, in case the duration of the Insured Person's treatment is more than 30 (thirty) days from the date of laboratory confirmation of the COVID-19 disease;

4.3.12. Medical expenses for inpatient treatment of COVID-19 patients with a mild course of this disease;

4.3.13. Medical expenses for the diagnosis of COVID-19, and computed tomography of the thoracic organs - except for 1 (one) CT examination when providing the Insured Person with Emergency inpatient care.

4.3.14. Medical expenses for the diagnosis and treatment of COVID-19 on an outpatient basis.

5. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES AND OF THE INSURED PERSON

5.1. The Policyholder has the right:

5.1.1. To verify the fulfillment by the Insurer of the terms of the Agreement and require the Insurer to pay the Insurance Claims in favor of the Insured Person in the amount and in the manner provided for by the Agreement upon occurrence of the Insured Events.

5.1.2. To appeal the refusal of the Insurer to pay the Insurance Claim or its amount in the manner prescribed by the current legislation of Ukraine.

5.1.3. To change the terms of the Agreement and terminate the Agreement ahead of schedule on the conditions provided for by this Agreement.

5.1.4. To receive from the Insurer any information regarding the terms of the concluded Agreement.

5.1.5. To contact the Insurer upon the occurrence of the Event for instructions on the procedure for obtaining the necessary assistance by the Insured Person.

5.2. The Policyholder undertakes:

5.2.1. To pay Insurance Premium in a timely manner in the amount and within the terms specified in the Agreement.

5.2.2. When concluding the Agreement, to provide the Insurer with information about all circumstances known to the Policyholder that are essential for assessing the Insured risk, and further to inform the Insurer about any change in the Insured risk within 2 (two) working days from the date of receipt of information about the changes.

5.2.3. To inform the Insurer about other valid insurance agreements in relation to this insurance subject.

5.2.4. To acquaint the Insured Person, who is not the Policyholder, with the terms of the Agreement, if the latter is concluded in relation to such a person.

5.2.5. To inform the Insurer about the occurrence of the Event with the Insured Person in the manner and within the time frame provided for in the Agreement.

5.2.6. Within the limits of its competence, to take measures to eliminate harmful factors affecting the health of the Insured Person and take all possible measures aimed at reducing losses caused as a result of the occurrence of the Event with the Insured Person.

5.3. The Insured Person has the right:

5.3.1. In case of the Insured Event, with due contact with the Assistance (the Insurer), to receive the services provided for in the Agreement in the amount specified in the Agreement.

5.3.2. Upon the occurrence of the Event, to coordinate with the Assistance or the Insurer all the actions related to treatment, receiving medical or other services and paying for the cost of services received under the Agreement, to follow the relevant instructions / recommendations of the Assistance and the Insurer related to the Event.

5.4. The Insured Person undertakes:

5.4.1. To inform the Insurer about the occurrence of the Event in the manner and within the time frames provided for by the Agreement, to act in accordance with the provisions of the Agreement, following all the recommendations of the Assistance and the Insur-

5.4.2.Надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання (обставин) Події, визначення розміру страхової виплати.

5.4.3. В частині обставин Події, звільнити Третіх осіб від обов'язку щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від Третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної з Подією.

5.4.4. При необхідності отримання медичних послуг за Договором, достовірно інформувати Асистанс, медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення.

5.4.5. Належним чином зберігати страхові документи і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги; у разі втрати страхових документів, негайно сповістити про це Страховика.

5.5. Страховик має право:

5.5.1. Перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні Договору, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог і умов Договору.

5.5.2. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання Події.

5.5.3. При необхідності, запитувати додаткові відомості, пов'язані з настанням Події, у Компетентних органах: медичних установах, правоохоронних органах, інших підприємствах, установах та організаціях, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також має право самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

5.5.4. Повністю або частково відмовити у Страховій виплаті у випадках, зазначених у Договорі.

5.5.5. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) надання відомостей та документів, необхідних для встановлення обставин настання Події, включаючи відомості, що складають комерційну таємницю, і перевіряти достовірність зазначеної інформації.

5.6. Страховик зобов'язаний:

5.6.1. Знайомити Страхувальника з умовами та Правилами.

5.6.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати.

5.6.3. При настанні Страхового випадку, здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору, шляхом відшкодування документально підтверджених витрат на отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги під час здійснення ЗО подорожі (поїздки). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі неустойки (пені), розмір якої становить 0,01% від суми заборгованості за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ.

5.6.4. Здійснювати контроль за своєчасністю та необхідністю надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором.

5.6.5. У випадку відмови у Страховій виплаті, письмово сповістити про це Застраховану особу і Страхувальника, з мотивованим обґрунтуванням причин відмови, - у порядку та строки, що зазначені у Договорі.

6. Дії СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) та АСИСТАНСА У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ

6.1. При настанні Події, що має ознаки страхового випадку (необхідності отримання послуг, передбачених Договором), Застрахована особа (Страхувальник) протягом найкоротшого можливого строку, але, в будь-якому разі, не пізніше 24 годин, повинна:

6.1.1. Звернутися до Асистансу або Страховика за телефонами, вказаними у Договорі, та отримати інформацію щодо своїх по-

er.

5.4.2. To provide, at the request of the Insurer, any information required in order to establish the fact of the occurrence (circumstances) of the Event, to determine the amount of Insurance Claim.

5.4.3. In regard to the circumstances of the Event, to release the Third Parties from the obligation not to disclose medical and commercial secrets in relation to the Insured Person, as well as, at the request of the Insurer, to provide the latter with the necessary powers to receive from the Third Parties (doctors, medical institutions, other organizations that provided services to the Insured Person, stipulated by the terms of the Agreement) any information related to the Event.

5.4.4. If there is a need to receive medical services under the Agreement, to inform reliably the Assistance, the medical institution and the Insurer about the state of the Insured Person's health and the existing risks of its deterioration.

5.4.5. To keep insurance documents properly and not to transfer them to other persons in order to receive medical assistance; in case of loss of insurance documents, to notify the Insurer immediately.

5.5. The Insurer has the right:

5.5.1. To verify the information provided by the Policyholder when concluding the Agreement, as well as the fulfillment by the Policyholder (Insured Person) of the requirements and conditions of the Agreement.

5.5.2. To find out independently the reasons and circumstances of the occurrence of the Event.

5.5.3. If necessary, to request additional information related to the occurrence of the Event from the competent authorities: medical institutions, law enforcement agencies, other enterprises, institutions and organizations that have information about the circumstances of the Insured Event, and also have the right to independently find out the reasons and circumstances of the Insured Event.

5.5.4. To refuse payment of the Insurance Claim fully or partially in the cases specified in the Agreement.

5.5.5. To require the Policyholder (the Insured Person) to provide information and documents necessary to establish the circumstances of the occurrence of the Event, including information constituting a commercial secret, and verify the accuracy of this information.

5.6. The Insurer undertakes:

5.6.1. To acquaint the Policyholder with the terms and conditions.

5.6.2. Within 2 (two) working days, as soon as it becomes known about the occurrence of the Insured Event, to take measures to complete all the necessary documents for the timely payment of the Insurance Claim.

5.6.3. In case of the Insured Event, to pay the Insurance Claim in accordance with the terms of the Agreement, by reimbursing the documented costs of receiving medical and sanitary and other assistance by the Insured Person during the Insured Person's travel (trip). The Insurer bears property liability for untimely payment Insurance Claims by paying the Insured Person a penalty, the amount of which is 0.01% of the amount owed for each day of delay, but not more than double NBU discount rate.

5.6.4. To monitor the timeliness and necessity of providing the Insured Person with the services stipulated by the Agreement.

5.6.5. In case of refusal to pay the Insurance Claim, to notify the Insured Person and the Policyholder about this in writing, with a reasoned justification of the reasons for the refusal, in the manner and time specified in the Agreement.

6. ACTIONS OF THE POLICYHOLDER (INSURED PERSON) AND ASSISTANCE IN CASE OF THE EVENT

6.1. Upon the occurrence of the Event that has signs of the Insured Event (the need to receive the services provided for in the Agreement), the Insured Person (Policyholder) within the shortest possible period, but, in any case, no later than 24 hours, must:

6.1.1. Contact the Assistance or the Insurer by phone numbers specified in the Agreement and receive information on further ac-

дальших дій.

6.1.2. Повідомити Асистансу (Страховику) наступну інформацію:

- 1) прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- 2) номер Договору страхування та строк його дії;
- 3) місцезнаходження Застрахованої особи;
- 4) контактний телефон;
- 5) причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям);
- 6) номер та дату позитивного тесту ПЛР на коронавірус SARS-CoV-2 (за наявності).

6.2. Асистанс, після отримання інформації, вказаної у п.6.1.2 цього Розділу:

6.2.1. Проводить ідентифікацію особистості Застрахованої особи та перевіряє чинність Договору страхування;

6.2.2. Встановлює чи має Застрахована особа результати тесту ПЛР із позитивним висновком (виявлено РНК коронавірусу SARS-CoV-2);

6.2.3. надає первинну медичну консультацію;

6.2.4. у разі необхідності, за наявності ознак Тяжкого перебігу захворювання на COVID-19, організовує надання Екстреної та/або Невідкладної стаціонарної допомоги.

ПРИМІТКА. Підбір стаціонарного медичного закладу для надання ЗО Невідкладної стаціонарної допомоги відноситься до компетенції Асистансу (Страховика).

6.3. При виконанні Асистансом дій, вказаних у п.6.2 цього Розділу, Застрахована особа зобов'язана:

6.3.1. Виконувати всі інструкції, надані Асистансом (Страховиком);

6.3.2. Пред'явити у ССМЗ документ (з фотографією), що посвідчує особу ЗО та Договір страхування;

6.3.3. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховикові.

6.4. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це до початку її отримання неможливо з **об'єктивних причин**, то Застрахована особа може самостійно звернутися за телефонами до екстреної медичної допомоги або ССМЗ. У цьому разі, повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Зазначені дії від імені Застрахованої особи може здійснити будь-яка Третя особа, яка знаходиться поруч та діятиме від імені Застрахованої особи: її родич, співробітник, працівник медичного закладу, лікар тощо.

ПРИМІТКА. Об'єктивними причинами, у цьому випадку, можуть, зокрема, вважатись:

- непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності особи, яка представляє її інтереси);

- відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страховальника (Застрахованої особи).

Наявність об'єктивних причин повинна бути доведена Застрахованою особою документально.

7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів, встановлених Договором) вартість послуг, наданих Застрахованій особі згідно з умовами Договору, на підставі рахунків медичних закладів, або наданих Страховику через Асистанс або відшкодовує Застрахованій особі чи Третій особі грошові суми, сплачені за вказані послуги, що були надані ЗО.

7.2. Документи, необхідні для розрахунків Страховика з Асистансом, визначаються згідно відповідних договорів, укладених між Асистансом і Страховиком.

7.3. У випадку самостійної оплати Страховальником (Застрахованою особою) чи Третьюю особою послуг, наданих Застрахованій особі згідно з Договором, Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:

7.3.1. заяву Застрахованої особи (Страховальника) або Третьюю особи на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;

tions.

6.1.2. Provide the Assistance (the Insurer) with the following information:

- 1) surname, name of the Insured Person;
- 2) number of the Insurance Agreement and its validity period;
- 3) location of the Insured Person;
- 4) contact phone number;
- 5) reason for the appeal (complaints, health problems);
- 6) number and date of a positive PCR test for SARS-CoV-2 coronavirus (if any).

6.2. The Assistance, after receiving the information specified in clause 6.1.2 of this Section:

6.2.1. Performs identification of the Insured Person and checks the validity of the Insurance Agreement;

6.2.2. Establishes whether the Insured Person has the results of a PCR test with a positive conclusion (SARS-CoV-2 coronavirus RNA detected);

6.2.3. provides primary medical advice;

6.2.4. if necessary, in the presence of signs of a **Severe** course of the COVID-19 disease, organizes the provision of urgent and / or emergency inpatient care.

NOTE. The selection of an inpatient medical institution to provide the Insured Person with emergency inpatient care is within the competence of the Assistance (the Insurer).

6.3. When the Assistance performs the actions specified in clause 6.2 of this section, the Insured Person must:

6.3.1. Follow all instructions provided by the Assistance (the Insurer);

6.3.2. Submit to the SIMI a document (with a photo) certifying the identity of the Insured Person and the Insurance Agreement;

6.3.3. Warn the employees of the medical institution (doctor) about the possibility of the Insurer applying with requests for additional information necessary to ascertain the health status of the Insured Person, and provide written permission for the medical institution to provide such information to the Insurer.

6.4. If the Insured Person needs urgent medical assistance, and it is impossible to inform about it before receiving it **for objective reasons**, then the Insured Person can independently contact the urgent medical assistance or the SIMI by phone. In this case, the Assistance or the Insurer should be informed thereof as soon as it becomes possible, but no later than 24 hours after receiving such assistance. These actions on behalf of the Insured Person can be performed by any Third Party who is nearby and can act on behalf of the Insured Person: relative, coworker, employee of a medical institution, doctor, etc.

NOTE. Objective reasons, in this case, can, in particular, be considered:

- state of unconsciousness of the Insured Person (in the absence of a person representing his/her interests);

- lack of effective means of communication at the location of the Policyholder (the Insured Person).

The existence of objective reasons must be proven by the Insured Person with documents.

7. LIST OF THE DOCUMENTS CONFIRMING THE OCCURENCE OF THE INSURED EVENT

7.1. The Insurer pays (within the Insured Sum and the limits established by the Agreement) the cost of services provided to the Insured Person in accordance with the terms of the Agreement, based on the invoices of medical institutions, or provided to the Insurer through Assistance, or reimburses the Insured Person or the Third Party for the amounts paid for these services provided to the Insured Person.

7.2. The documents required for settlements between the Insurer and the Assistance are determined in accordance with the relevant agreements concluded between the Assistance and the Insurer.

7.3. In case of self-payment by the Policyholder (the Insured Person) or the Third party for the services provided to the Insured Person in accordance with the Agreement, the Insurer pays the Insurance Claim based on the following documents:

7.3.1. application of the Insured Person (the Policyholder) or the Third party for payment of the Insurance Claim in the form established by the Insurer;

7.3.2. копії цього Договору;

7.3.3. у разі надання ЗО екстреної і невідкладної стаціонарної допомоги, пов'язаної із захворюванням на COVID-19: - оригінал медичної документації - оформлений належним чином у медичному закладі епікриз/ виписка з карти стаціонарного хворого з детальною інформацією про захворювання ЗО та особливості його перебігу, а саме - ПІБ ЗО, дата народження, дата звернення за медичною допомогою, дата встановлення позитивного/ негативного висновку щодо захворювання ЗО на COVID-19, строк перебування ЗО у медичному закладі; анамнез захворювання; клінічна картина, результати обстеження, які підтверджують захворювання ЗО на COVID-19, результати тестування, зокрема, на базі ПЛР; результати застосування променевих методів діагностики (рентгенологічні, комп'ютерна томографія - КТГ та/ або магнітно-резонансна томографія МРТ), аналізи крові, сечі, інші обстеження, що підтверджують ступень важкості захворювання; рекомендації лікарів, інформацію по прямий причинно-наслідковий зв'язок між захворюванням на COVID-19 і госпіталізацією Застрахованої особи у ССМЗ. Вказані документи мають бути завірені візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу;

7.3.4. Вказані документи мають бути завірені візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.

7.3.5. деталізованих рахунків за інші послуги, передбачені Договором, з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати;

7.3.6. документів, що підтверджують здійснення витрат, передбачених Договором та факт оплати за медикаменти, надані медичні та інші послуги (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції з зазначеною сумою на переказ тощо);

7.3.7. копії закордонного паспорту (чи дитячого проїзного документу) Застрахованої особи з відмітками прикордонного контролю про перетин державного кордону Країни постійного проживання;

7.3.8. копій паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру ЗО;

7.4. З урахуванням конкретних обставин Події, Страховик має право обґрунтовано вимагати додаткові документи для підтвердження факту та обставин настання Страхового випадку.

7.5. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

7.6. Документи, зазначені у цьому розділі, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

7.7. Якщо документи, зазначені у цьому розділі, надано Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням загальних норм (відсутній номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

7.8. Заява на страхову виплату та інші документи, необхідні для здійснення виплати, подаються Страховику не пізніше ніж через 30 (тридцять) календарних днів після закінчення строку лікування.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи, Третьої особи) усіх належним чином оформлених документів, вказаних у п.7.3 розділу 7 Частини Б Договору), Страховик приймає рішення про здійснення Страхової виплати та оформлює відповідний Страховий акт, або приймає рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати та, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, (якщо інший строк не передбачено Договором), письмово повідомляє про це особу, що склала заяву на отримання Страхової виплати (Страхувальника, Застраховану особу, Третю особу), з обґрунтуванням причин відмови.

7.3.2. copies of this Agreement;

7.3.3. if the Insured Person is provided with emergency and urgent inpatient care related to the COVID-19 disease: - the original of the medical documentation - the epicrisis / extract from the medical history with detailed information about the disease of the Insured Person and the peculiarities of its course, drawn up properly in a medical institution, full name of the Insured Person, date of birth, date of seeking medical assistance, date of a positive / negative conclusion on COVID-19 disease in the Insured Person, period of stay of the Insured Person in a medical institution; medical history; clinical picture, examination results that confirm the COVID-19 disease in the Insured Person, test results, in particular, based on PCR; the results of the use of radiation diagnostic methods (X-ray, computed tomography - CT and / or magnetic resonance imaging MRI), blood tests, urine tests, other examinations confirming the severity of the disease; recommendations of doctors, information on a direct causal relationship between the COVID-19 disease and the hospitalization of the Insured Person in the SIMI. These documents must be certified by the signatures of the attending physician, the head physician of the medical institution and the seal of the medical institution;

7.3.4. These documents must be certified by the signatures of the attending physician, the head physician of the medical institution and the seal of the medical institution.

7.3.5. detailed invoices for other services provided for by the Agreement, broken down by dates and costs, the total amount to be paid;

7.3.6. documents confirming the incurrence of costs provided for in the Agreement and the fact of payment for medicines, medical and other services provided (settlement and cash documents, sales receipts, bank receipts with the specified amount for transfer, etc.);

7.3.7. copies of the foreign passport (or children's travel document) of the Insured Person with border control marks on crossing the state border of the Country of permanent residence;

7.3.8. copies of the passport and certificate of assignment of the Insured Person's identification number;

7.4. Taking into account the specific circumstances of the Event, the Insurer has the right to require reasonably additional documents to confirm the fact and circumstances of the occurrence of the Insured Event.

7.5. All documents must be legibly written or printed on letterhead and have the appropriate seals and signatures, as well as the name, address and contact phone number of the institution (organization) that issued the document.

7.6. The documents specified in this section may be provided to the Insurer in the form of: original copies; notarized copies; simple copies, certified by the authority that issued the relevant document, or in the form of simple copies, provided that the Insurer is given the opportunity to reconcile them with the original copies of the documents.

7.7. If the documents specified in this section are provided to the Insurer in improper form or executed in violation of general rules (no number, date, stamp, seal, text correction, etc.), the Insurance Claim is not paid until these deficiencies are eliminated.

7.8. An application for payment of the Insurance Claim and other documents required for making payment shall be submitted to the Insurer no later than thirty (30) calendar days after the end of the treatment period.

8. PROCEDURE AND TERMS OF PAYMENT INSURANCE CLAIMS

8.1. Within 15 (fifteen) working days after receiving from the Policyholder (the Insured Person, the Third party) all duly executed documents specified in clause 7.3, Section 7, Part B of the Agreement), the Insurer decides on payment of the Insurance Claim and draws up the corresponding Insurance Act,

or makes a decision to refuse to pay the Insurance Claim and within 5 (five) working days from the date of such a decision (unless another period is provided for by the Agreement), notifies the person who drew up an application for payment the Insurance Claim (the Policyholder, the Insured Person, the Third party), with justifi-

8.2. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, остання проводиться протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком вказаного рішення.

8.3. Страховик здійснює Страхову виплату наступним чином:

8.3.1. Асистансу, що оплатив витрати за надані ЗО послуги Спеціалізованого закладу.

8.3.2. Застрахованій особі (Страхувальнику, Третій особі), що самостійно оплатила надані послуги, - з урахуванням умов та обмежень, зазначених в Договорі.

8.4. Перерахування коштів на рахунок Асистансу, здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданих ЗО необхідних послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом.

8.5. Розмір страхової виплати, що здійснюється Застрахованій особі (Страхувальнику, Третій особі), за умови надання всіх документів, що зазначені у розділі 7 Частини Б Договору, які підтверджують факт настання Страхового випадку, факт і розмір оплати за отриману допомогу (послуги), визначається наступним чином:

8.5.1. за умови попереднього погодження переліку послуг та суми витрат з Асистансом або Страховиком (до їх оплати), Страховик сплачує вартість наданих послуг (здійснені витрати) у повному обсязі в межах Страхової суми (Ліміту відповідальності) за Договором;

8.5.2. якщо витрати ЗО (перелік наданих послуг) не було попередньо погоджено з Асистансом або Страховиком, останній відшкодовує тільки суму витрат у межах Страхової суми/ Ліміту, встановлених у Договорі щодо такого випадку.

8.6. У випадку, коли Застрахована особа, з об'єктивних причин, не звернулась до Асистансу для отримання необхідної допомоги (послуг), та, внаслідок цього, повинна самостійно оплатити вартість наданої їй допомоги (послуг), вона зобов'язана узгодити із Асистансом чи Страховиком виставлений Спеціалізованим закладом рахунок (обґрунтованість суми витрат за надані послуги) до його оплати.

8.7. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не вжив необхідних і доцільних заходів для запобігання та зменшення витрат, що виникають внаслідок Події, а також усунення причин, що сприяють виникненню додаткових витрат, Страховик має право зменшити страхову виплату на розмір додаткового збитку. Зокрема, Страховик має право зменшити страхову виплату у разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я та, як наслідок, збільшення медичних витрат на лікування ЗО.

8.8. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

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

8.8.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до настання Події.

8.8.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про ЗО або про факт та/або обставини настання Події.

8.8.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання Події без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та наслідків Події.

8.8.5. Наявність обставин, передбачених розділом 4 цієї Частини Договору.

8.8.6. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, зазначених у п.п.5.2, 5.4, розділі 6 цієї Частини Договору.

8.8.7. Відсутність (часткова або повна) документів, вказаних у розділі 7 цієї Частини Договору та необхідних для здійснення страхової виплати.

8.8.8. Інші випадки, передбачені законом.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ І ЗМІНИ ДОГОВОРУ

cation of the reasons for the refusal.

8.2. If a decision to pay the Insurance Claim is made, the latter is paid within 15 (fifteen) working days from the date of the Insurer's decision.

8.3. The Insurer pays the Insurance Claim as follows:

8.3.1. To the Assistance, who paid the expenses for the services of the Specialized Institution provided to the Insured Person.

8.3.2. To the Insured Person (the Policyholder, the Third Party) who independently paid for the services rendered, subject to the conditions and restrictions specified in the Agreement.

8.4. Transfer of funds to the Assistance's account is carried out on the basis of documents confirming the occurrence of the Insured Event and determining the cost of the necessary services actually provided to the Insured Person. The form of these documents and the terms of settlements are agreed between the Insurer and the Assistance.

8.5. The amount of the Insurance Claim that is paid to the Insured Person (the Policyholder, the Third Party), subject to the provision of all documents specified in section 7 of part B of the Agreement, confirming the fact of the occurrence of the Insured Event, the fact and amount of payment for the received assistance (services), is determined as follows:

8.5.1. subject to the preliminary agreement of the list of services and the amount of expenses with the Assistance or the Insurer (before their payment), the Insurer pays the cost of the services provided (expenses incurred) in full within the Insured Sum (liability limit) under the Agreement;

8.5.2. if the expenses of the Insured Person (list of services provided) have not been agreed with the Assistance or the Insurer, the latter reimburses only the amount of expenses within the Insured Sum/limit established in the Agreement for such an event.

8.6. In the event that the Insured Person, for objective reasons, did not turn to the Assistance to receive the necessary assistance (services), and, as a result, must independently pay the cost of the assistance (services) provided, the Insured Person must agree with the Assistance or the Insurer the invoice issued by the Specialized Institution (the validity of the amount of expenses for the services provided) before payment.

8.7. If the Policyholder (the Insured Person) has not taken the necessary and reasonable measures to prevent and reduce the costs arising from the Event, as well as to eliminate the causes that contribute to the emergence of additional costs, the Insurer has the right to reduce the Insurance Claim by the amount of additional damage. In particular, the Insurer has the right to reduce the Insurance Claim in the event that the Insured Person fails to comply with the doctor's recommendations, which has led to a deterioration in the Insured Person's health and, as a result, an increase in medical expenses for the treatment of the Insured Person.

8.8. The grounds for the refusal of the Insurer to pay the Insurance Claim are:

8.8.1. Intentional actions of the Policyholder (the Insured Person) aimed at the occurrence of the Insured Event. This norm does not apply to actions related to the performance of civil or service duty, in a state of necessary defense (without exceeding its boundaries) or protection of property, life, health, honor, dignity and business reputation. The qualification of actions of the Policyholder (the Insured Person) is established in accordance with the current legislation of Ukraine.

8.8.2. Committing by the Policyholder (the Insured Person) of an intentional crime that led to the occurrence of the Event.

8.8.3. Submission by the Policyholder (the Insured Person) of knowingly false information about the Insured Person or about the fact and / or circumstances of the occurrence of the Event.

8.8.4. Untimely notification by the Policyholder (the Insured Person) about the occurrence of the Event without good reason or the creation of obstacles to the Insurer in determining the circumstances, nature and consequences of the Event.

8.8.5. The presence of the circumstances provided for in Section 4 of this Part of the Agreement.

8.8.6. Failure by the Policyholder (the Insured Person) to fulfill their obligations specified in clauses 5.2, 5.4, Section 6 of this Part of the Agreement.

8.8.7. Absence (partial or complete) of the documents specified in Section 7 of this Part of the Agreement and necessary for payment of the Insurance Claim.

СТРАХУВАННЯ

9.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:

9.1.1. закінчення строку його дії;

9.1.2. виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;

9.1.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлений Договором термін;

9.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст.22, 23, 24 Закону України "Про страхування";

9.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

9.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

9.2. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору.

9.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбаченої дати припинення дії Договору.

9.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених Правилами, сум фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

9.4.1. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.

9.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі.

9.5.1. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених Правилами, сум фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

9.6. Будь-які зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені виключно за наявності згоди Сторін, шляхом оформлення відповідної Додаткової угоди до Договору.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спорі між сторонами Договору вирішуються шляхом переговорів.

10.2. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у судовому порядку, згідно чинного законодавства України.

11. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

11.1. Якщо будь-яке положення Договору стане недійсним, це не веде до недійсності всього Договору в цілому.

11.2. Відносини щодо страхування, не визначені у Договорі, регулюються згідно з Правилами та законодавством України.

11.3. До підписання Договору Страхувальник ознайомився з Правилами і погодився з умовами цього Договору.

11.4. Умови Договору є комерційною таємницею і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, прямо передбачених законодавством України.

11.5. В рамках цього Договору, всі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, засобами електронного чи факсимільного зв'язку (з підтвердженням про отримання) чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними в Договорі.

11.6. На виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних", укладенням цього Договору Страхувальник надає Страховику згоду та підтверджує, що отримав відповідну згоду від Застрахованих осіб (крім ЗО, законним представником яких є Страхувальник) щодо:

11.6.1. обробки Страховиком персональних даних (ПД) Страхува-

8.8.8. Other cases provided by law.

9. TERMS OF TERMINATION AND AMENDMENT OF THE INSURANCE AGREEMENT

9.1. The Agreement is terminated and becomes invalid by agreement of the Parties, as well as in the following cases:

9.1.1. expiration of its validity period;

9.1.2. the Insurer fulfills its obligations under the Agreement in full;

9.1.3. failure of the Policyholder to pay the Insurance Premium within the time period specified in the Agreement;

9.1.4. liquidation of the Policyholder - a legal entity or death or loss of legal capacity by the Policyholder - an individual, except for the cases provided for by Articles 22, 23, 24 of the Law of Ukraine "On Insurance";

9.1.5. liquidation of the Insurer in the manner prescribed by the legislation of Ukraine;

9.1.6. court decision on the invalidation of the Agreement;

9.1.7. in other cases provided for by the legislation of Ukraine.

9.2. The validity of the Agreement cannot be terminated by the Insurer ahead of schedule, if there is no consent of the Policyholder, who fulfills all the terms of the Agreement.

9.3. Any Party must notify the other Party of its intention to terminate the Agreement ahead of schedule no later than 30 (thirty) calendar days before the expected date of termination of the Agreement.

9.4. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Policyholder, the Insurer returns to the Policyholder the Insurance Premium for the period remaining until the expiration of the Agreement, minus the standard case management costs, determined by the Rules, the amounts of actual Insurance Claims made under this Agreement.

9.4.1. If the request of the Policyholder is due to the violation by the Insurer of the terms of the Agreement, the latter returns to the Policyholder the Insurance Premiums paid by the Policyholder in full.

9.5. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Insurer, the latter returns to the Policyholder the Insurance Premiums paid by the Policyholder in full.

9.5.1. If the request of the Insurer is due to the Policyholder's failure to comply with the terms of the Agreement, the Insurer returns to the Policyholder the Insurance Premium for the period remaining until the expiration of the Agreement, minus the standard case management costs, determined by the Rules, the amounts of actual Insurance Claims made under the Agreement.

9.6. Any changes and additions to the Agreement can be made only with the consent of the Parties, by drawing up an appropriate Supplementary Agreement to this Agreement.

10. DISPUTES RESOLUTION PROCEDURE

10.1. Disputes between the Parties to the Agreement should be resolved through negotiations.

10.2. If it is impossible to resolve disputes through negotiations, they should be resolved in court, in accordance with the current legislation of Ukraine.

11. FINAL PROVISIONS

11.1. If any provision of the Agreement becomes invalid, this does not lead to the invalidity of the entire Agreement as a whole.

11.2. Insurance relationships not specified in the Agreement are regulated in accordance with the Rules and legislation of Ukraine.

11.3. Prior to signing the Agreement, the Policyholder familiarized themselves with the Rules and agreed to the terms of this Agreement.

11.4. The terms of the Agreement are trade secrets and are not subject to disclosure by the Parties, except for cases directly provided for by the legislation of Ukraine.

11.5. Within the framework of this Agreement, all messages are considered duly submitted if they are sent by registered mail, by means of electronic or facsimile communication (with confirmation of receipt) or delivered by courier to the addresses specified in the Agreement.

11.6. In pursuance of the requirements of the Law of Ukraine "On the Protection of Personal Data", by concluding this Agreement, the Policyholder provides the Insurer with consent and confirms that the appropriate consent is received from the Insured Persons (except for the Insured Person, whose legal representative is the Policyholder) regarding:

льника і ЗО, тобто, будь-якої інформації, що відноситься до Страховальника і ЗО, в тому числі прізвищ, імен, по батькові, року, місяця, дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів тощо, з метою провадження Страховиком страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору) та/або пропонування Страховальнику і ЗО послуг Страховика, в тому числі, шляхом здійснення прямих контактів з ними за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово - господарської діяльності;

11.6.2. щодо прийняття Страховиком рішень на підставі обробки ПД Страховальника і ЗО (повністю та/ або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

11.6.3. на надання Страховику права здійснення дій з ПД Страховальника і ЗО, що пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страховальника;

11.6.4. щодо зберігання Страховиком ПД Страховальника і ЗО протягом строку дії Договору та п'яти років після припинення його дії;

11.6.5. на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки ПД Страховальника і ЗО, відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;

11.6.6. щодо надання, на розсуд Страховика, доступу третім особам до ПД Страховальника і ЗО та щодо передачі цих ПД третім особам без попереднього повідомлення Страховальника і ЗО.

11.7. Підписанням цього Договору Страховальник підтверджує від свого імені та від імені ЗО щодо отримання від Страховика належного повідомлення про включення до баз(и) ПД Страховика, роз'яснено відповідні права Страховальника і ЗО, а також повідомлено про мету збору таких даних.

11.8. Підписанням Договору Страховальник, від свого імені та від імені ЗО підтверджує, що до укладення цього Договору була отримана інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", права на інформацію роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

11.9. Підписанням Договору Страховальник підтверджує, що всі Застраховані особи, вказані у розділі 3 "Дані щодо Застрахованих осіб" Частини А Договору, відносно яких Страховальник не є законним представником, надали свою згоду на страхування, відповідно до умов Договору, а також надали право Страховику на отримання необхідної інформації від медичних закладів щодо стану здоров'я відповідних ЗО та отриманих ними медичних послуг та звільняють медичних працівників від обов'язків зберігати лікарську таємницю щодо інформації, що має відношення до страхового випадку, передбаченого цим Договором.

11.6.1. processing by the Insurer of personal data of the Policyholder and the Insured Person, that is, any information relating to the Policyholder and the Insured Person, including surnames, names, patronymics, year, month, date and place of birth, address, family, social, property status, education, profession, income, etc., for the purpose of performance by the Insurer of insurance activities (including the conclusion and execution of this Agreement) and/ or proposal to the Policyholder and the Insured Person of the Insurer's services, including through direct contacts with them with the use of communication means, as well as for the implementation of related financial and economic activities;

11.6.2. making by the Insurer of decisions based on the processing of the personal data of the Policyholder and the Insured Person (in full and / or in part) in the information (automated) system and / or in personal data files;

11.6.3. providing the Insurer with the right to take actions with the personal data of the Policyholder and the Insured Person related to the collection, registration, accumulation, storage, adaptation, change, update, use and dissemination (distribution, sale, transfer), depersonalization, destruction of information about the Policyholder;

11.6.4. storage by the Insurer of the personal data of the Policyholder and the Insured Person during the term of the Agreement and five years after its termination;

11.6.5. implementation and regulation of other relations that require processing of the personal data of the Policyholder and the Insured Person, in accordance with this Agreement and the current legislation of Ukraine;

11.6.6. provision, at the discretion of the Insurer, of access to the personal data of the Policyholder and the Insured Person to the Third Parties and transfer of such personal data to the Third Parties without prior notice to the Policyholder and the Insured Person.

11.7. By signing this Agreement, the Policyholder, on its own behalf and on behalf of the Insured Person, confirms receiving from the Insurer a proper notification of the personal data entering to the Insurer's database(s), explanation of the respective rights of the Policyholder and the Insured Person, as well as information about the purpose of collecting such data.

11.8. By signing this Agreement, the Policyholder, on its own behalf and on behalf of the Insured Person, confirms receiving information specified in Part 2 of Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets", clarifying the right to information, understanding of the essence and scope of the financial service provided, before the conclusion of this Agreement.

11.9. By signing the Agreement, the Policyholder confirms that all the Insured Persons specified in Section 3 "Data on the Insured Persons" of Part A of the Agreement, in respect of which the Policyholder is not a legal representative, have given their consent to insurance, in accordance with the terms of the Agreement, and have also granted the right to the Insurer to receive the necessary information from medical institutions about the health status of the respective Insured Persons and the medical services received by them and release medical workers from the obligation to observe medical secrecy in relation to information related to the Insured Event stipulated by this Agreement.

**Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"**

**First Deputy of the
Chairman of the Board
PJSC "IC "GLOBAL GARANT"**



I.B. Бонковська

Bonkovska I.V.