

**Договір страхування медичних витрат осіб,  
що виїжджають за кордон «E-Travel» (договір приєднання)  
ОФЕРТА № 308/05-06/02-1.00 від 13.05.2024 року (електронні продажі)**



Редакцію даного шаблону документу введено в дію Наказом ПрАТ «УТСК» № 19 від «13» травня 2024 р. і розміщено: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. Редакція: v.1-2024. Строк дії даної редакції цього шаблону: з «14» травня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»). Стандартний страховий продукт «Страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»»: код 308/05-06 (Стандартний продукт для електронних продаж). Клас страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Клас страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)».

Оферта дійсна виключно для страхування клієнтів ПрАТ «УТСК», які відповідно до положень Закону України «Про електронну комерцію» укладають із ПрАТ «УТСК» електронні договори страхування із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) ПрАТ «УТСК» (його партнерів, агентів). Цей текст є офертою в розумінні Закону України «Про електронну комерцію». Договір укладається у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про страхування», Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (введені в дію Наказом № 74 від 29.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 308)), Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (введені в дію Наказом № 60 від 22.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 101)) та у відповідності до наявної у ПрАТ «УТСК» ліцензії за даними класами страхування.

м. Київ

«13» травня 2024 року

**1. СТРАХОВИК:** Приватне акціонерне товариство «Українська транспортна страхова компанія.» (ПрАТ «УТСК», UTICO), контактна інформація: місцезнаходження: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033. Телефон: **+38 (044) 303-97-70, 0 800 330 783** (по Україні), Веб-сайт: <https://www.utico.ua>, в особі: Голови Правління Григорюка Андрія Леонідовича, який діє на підставі Статуту.

**2. СТРАХУВАЛЬНИК:** будь-яка дієздатна фізична особа чи юридична особа, яка прийняла (акцептувала) в цілому всі умови цього Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel» (договору приєднання) [оферти № 308/05-06/02-1.00 від 13.05.2024 року] (надалі – Договір, договір страхування, оферта № 308/05-06/02-1.00), та відповідно до умов Закону України «Про електронну комерцію», статей 634, 638 Цивільного кодексу України і інших актів цивільного законодавства України приєдналася до Договору шляхом його укладання із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) Страховика (його партнерів, агентів) із застосуванням одноразового ідентифікатора відповідно до положень Закону України «Про електронну комерцію», який використано для приєднання до Договору шляхом підписання заяви-приєднання у вигляді полісної частини Договору (Заяви про приєднання (Акцепту, Полісу)), форма якої наведена у Додатку № 1 до Договору (по тексту Договору – Заява-приєднання, Акцепт чи Поліс або Заява-приєднання (Акцепт, Поліс)), яка вважається індивідуальною частиною договору страхування для такої особи, і дані якої (дані відповідної фізичної особи) по конкретному Договору визначаються в такій Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), і відповідно таким приєднанням така фізична особа укладає Договір на користь Застрахованої (них) особи (осіб) (якщо Договір укладений Страхувальником-фізичною особою відносно себе як застрахованої особи, то він є застрахованою особою за Договором і уклавши Договір на свою користь на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи),

які надалі разом іменуються Сторони, а кожна окремо – Сторона, відповідно до Закону України «Про страхування» № 1909-IX від 18 листопада 2021 року, Ліцензії на страхування за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Ліцензії за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (для перевірки: Комплексна інформаційна система Національного банку України: <https://kis.bank.gov.ua>, або витяг із Держаного реєстру фінансових установ доступний за посиланням: <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>), та Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (введені в дію Наказом № 74 від 29.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 308) та Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (введені в дію Наказом № 60 від 22.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»)), які розміщені на Веб-сайті Страховика: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti> (надалі – Загальні умови Страхового продукту), в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, який оформляється у електронній формі, уклали Договір, який згідно з ч. 1 ст. 207 Цивільного кодексу України складається з тексту Договору [оферти № 308/05-06/02-1.00] та Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), про наступне:

**3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:** Фізична особа, дані про яку зазначено у відповідних пунктах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), щодо якої укладено Договір відносно страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та яка є громадянином України, проживає в Україні та починає подорожувати з її території, та на користь якої укладено цей Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з цим Договором. При одночасному страхуванні групи осіб (більше 5 осіб) до Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) і Договору додається список (ПЕРЕЛІК, РЕЄСТР) застрахованих осіб. Усі особи повинні бути на момент укладання Договору не молодші 1 (одного) року та не старші 65 (шістдесяти п'яти) років, не мати протипоказань до Подорожі та хворобливих станів, які прямо або опосередковано можуть стати причиною настання страхового випадку, не вирушати в Подорож всупереч рекомендаціям лікарів, та відповідати умовам Декларації.

**4. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРО ДОБРИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я** (по тексту - Декларація): Я, Страхувальник (Застрахована особа) за Договором, повідомляю, що на момент укладання та підписання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)), я (Застрахована особа) є повністю працездатним (працездатною) (не є інвалідом I, II, III групи); не страждаю (не страждає) на хвороби серцево-судинної системи, неврологічні чи/або психічні порушення; не перебував (не перебувала) протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів, та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я (стан здоров'я Застрахованої особи) не потребує регулярного контролю або лікування, а також я (Застрахована особа) не маю (не має) медичних протипоказань чи інших обмежень чи заборон щодо можливості здійснювати Подорож та/або виїжджати за кордон чи подорожувати, в т.ч. окремими видами транспорту. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), підтверджую і не заперечую, що всі відомості, подані мною для укладання Договору та вказані у Договорі (Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі)) (в т.ч. відносно стану здоров'я), є достовірними, правдивими та є невід'ємною частиною Договору і, у разі неправдивості вищезазначеної інформації, ПрАТ «УТСК» має право відмовити у здійсненні страхової виплати, про що я належним чином поінформований. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), у разі настання страхового випадку надаю згоду на розкриття лікарської таємниці та дозволяю будь-якому лікарю (закладу охорони здоров'я), який володіє будь-якою медичною інформацією щодо стану мого здоров'я або стану здоров'я інших Застрахованих осіб, надати її ПрАТ «УТСК» для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), підтверджую, що несу повну відповідальність за правдивість даних, які я підтверджую згідно умов даної Декларації як відносно себе, так і інших Застрахованих осіб.

**5. ВИГОДОНАБУВАЧ (ПІБ, дата народження або найменування). Вигодонабувачем за Договором призначається:**

5.1. Відповідна Застрахована особа, а у випадку неможливості отримання нею страхової виплати внаслідок її смерті або визнання її недієздатною, Вигодонабувачем призначаються її спадкоємці за законом у відповідних частках або інша третя особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з чинним законодавством України або умовами Договору, – у випадку безпосередньої оплати Застрахованою особою (або особою, яка представляє її інтереси) медичних та інших послуг, передбачених умовами Договору, або при настанні страхових випадків при страхуванні від нещасних випадків.

5.2. Відповідні треті особи (Асистуюча компанія, медичний або інший заклад), які надали Застрахованій особі погоджені зі Страховиком послуги з медичної чи іншої допомоги, що покриваються згідно умов Договору, – у випадку врегулювання страхових випадків через Асистуючу компанію або Страховика.

**6. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ, ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.** Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором. **Об'єктом страхування** за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, визначеної згідно умов п. 3 Договору, та її можливі збитки чи витрати, пов'язані з наданням допомоги (асистанс) такій Застрахованій особі, яка потрапила у скрутне становище під час здійснення нею Подорожі (надання медичної, транспортної, адміністративної та юридичної допомоги під час її Подорожі за межами країни постійного місця проживання Застрахованої особи, відшкодування яких передбачається умовами Договору (в залежності від умов страхового захисту (страхового покриття) за Програмою, яка обрана Страхувальником при укладенні Договору).

**7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ:**

7.1. Договір розроблений та укладається у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про страхування» і інших актів цивільного законодавства України, Загальних умов Страхового продукту та у відповідності до наявної у ПрАТ «УТСК» ліцензії за даним класом страхування.

7.2. Даний текст Договору підписується Страховиком та скріплюється печаткою Страховика. Цей текст Договору є офертою в розумінні частини 1 статті 634, статей 638, 641 Цивільного кодексу України, а також в розумінні Закону України «Про електронну комерцію». Договір є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому.

7.3. Даний текст Договору підписується в одному оригінальному екземплярі, який зберігається у Страховика. Цей текст Договору розміщується у вільному доступі на веб-сайті Страховика: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. Договір (оферта) направляється Страхувальнику одним зі способів, передбачених п. 4 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію».

7.4. Страхувальник може прийняти Договір (оферту) та приєднатися до Договору, в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, шляхом прийняття (акцепту) умов Договору в цілому і підписання Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), зразок якої міститься в Додатку № 1 до Договору, шляхом вчинення електронного правочину - акцептування умов Договору (оферти) в електронній формі з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію». При укладенні Договору в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) визначаються умови, які обрані

Страховальником при укладенні Договору на підставі умов, визначених у Додатку № 2 до Договору.

7.5. Договір укладається у електронній формі за встановленим Страховиком зразком. Заява-приєднання (Акцепт, Поліс) оформлюється за встановленою Додатком № 1 до Договору формою.

7.6. Для укладення Договору Страховальник надає необхідну інформацію про себе, свій номер мобільного телефону та адресу електронної пошти на WEB-сторінці Страховика (його партнерів, агентів) в мережі «Internet» (та/або із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) ПрАТ «УТСК» (його партнерів, агентів)), а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору (в т.ч. за встановленими формами). Перед укладенням Договору Страховальник обов'язково повинен ознайомитись з умовами Договору, Загальними умовами Страхового продукту, умовами цього страхового продукту, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних (даних уповноваженого представника). Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страховальника Страховику про його намір укласти Договір.

7.7. Договір укладається в програмному забезпеченні / інформаційно-телекомунікаційній системі (ІТС) Страховика (його партнерів, агентів) відповідно до зазначених Страховальником даних. Перед підписанням (укладанням) Договору Страховальник зобов'язаний перевірити надані ним дані та підтвердити їхню достовірність. Для укладення Договору Страховальнику необхідно підписати його електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до положень Закону України «Про електронну комерцію» (в т.ч. наданим Страховальнику (надісланим тощо) із застосуванням (за допомогою) програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) ПрАТ «УТСК» (його партнерів, агентів), за допомогою якого укладається Договір).

7.8. На умовах даного Договору одноразовий ідентифікатор з визначеною Страховиком інформацією (при необхідності) надсилається (надається) Страховальнику електронним повідомленням у формі короткого SMS-повідомлення на зазначений Страховальником номер мобільного телефону та/або у формі відповідного текстового листа-повідомлення на зазначену Страховальником електронну адресу (е-мейл) (такі електронні повідомлення можуть бути надіслані як окремо (або SMS, або е-мейл), так і одночасно (і SMS, і е-мейл)). Для підписання Договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страховальнику необхідно ввести отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB-сторінці Страховика (його партнерів, агентів) у мережі «Internet» (та/або із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) ПрАТ «УТСК» (його партнерів, агентів), за допомогою якого укладається Договір) та підтвердити його введення. В результаті цього (за результатами таких дій) Страховальник підписує Договір.

7.9. Після підписання (укладення) Договору Страховальник зобов'язаний оплатити страховий платіж одним із запропонованих Страховиком способів (в т.ч. за допомогою відповідних платіжних сервісів на WEB-сторінці Страховика (його партнерів, агентів) у мережі «Internet» (та/або із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) ПрАТ «УТСК» (його партнерів, агентів), за допомогою якого укладається Договір)).

7.10. Підписаний (укладений) Договір є таким, що не набрав чинності до моменту оплати страхового платежу. Після надходження в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхового платежу в сумі, визначеній в умовах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) та розрахований у відповідності до умов цього Договору (тобто виключно за умови сплати страхового платежу у встановлені Договором строки та розміри), укладений та чинний (такий, що вступив в дію) Договір разом з підписаною сторонами у відповідності до умов Договору Заявою-приєднання (Акцептом, Полісом) надсилається Страховальнику на вказану ним адресу електронної пошти (при цьому Страховик може надсилати Страховальнику тільки оформлену (підписану) згідно умов Договору Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс) з посиланням на WEB-сторінку де розміщено текст Оферти, які разом визначаються Договором). Ці документи засвідчують право Страховальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором. При цьому на Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) в якості підпису Страховальника зазначається використаний ним для електронного підпису одноразовий ідентифікатор, наданий (надісланий) йому відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» в рамках укладення Договору, а зі сторони Страховика за письмовою згодою сторін, що підтверджується укладенням Договору, відображається відтворений аналог власноручного підпису уповноваженої особи Страховика (факсимільне відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) та відтворюється відображення печатки Страховика, або Страховик накладає електронний цифровий підпис уповноваженої особи Страховика.

7.11. Укладений зі Страховальником Договір складається з цього тексту Договору [оферти № 308/05-06/02-1.00] та Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), яка (який) вважається індивідуальною частиною договору страхування та має бути підписана (підписано) Страховальником в порядку, встановленому цим Договором, а також з урахуванням умови, що страховий платіж за Договором має бути сплачений в повному обсязі в порядку і строки, встановлені умовами Договору. Заява-приєднання (Акцепт, Поліс) містить унікальний номер, підпис Страховальника у вигляді використаного ним для електронного підпису одноразового ідентифікатору, наданого (надісланого) йому відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» в рамках укладення Договору, дату укладення і строк дії Договору та інші особисті дані та умови страхування по Договору для Страховальника (відповідної Застрахованої особи).

7.12. Договір, що складається з цього тексту Договору [оферти № 308/05-06/02-1.00] та Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), вважається укладеним з вчиненням електронного правочину відповідно до ст. 3, 11, 12 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про страхування». Договір вважається укладеним з моменту підписання (акцептування) Страховальником оферти електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» та умов цього Договору.



7.13. Якщо Страхувальник під час формування (оформлення) Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) в полях з інформацією, яку запитує Страховик для укладення Договору, розмістить/введе інформацію, яка за змістом не відповідає назві відповідного поля або є недостовірною (в т.ч. не відповідає дійсності, є помилковою, не правильною за своєю суттю чи викривленою), то така інформація є недійсною та не створює для Страховика жодних правових наслідків і не підлягає виконанню та застосуванню. При цьому Страховик має право в таких випадках не розглядати будь-які звернення Страхувальника (Застрахованих осіб) або інших третіх осіб по Договору як страхові випадки і не здійснювати страхову виплату та/або не відшкодовувати будь-які збитки Страхувальника (Застрахованих осіб), в т.ч. які покриваються умовами Договору.

## **8. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ:**

8.1. **Страховим ризиком** відповідно до умов Договору є виникнення медичних витрат та/або витрат, інших ніж медичні, у Застрахованій особі, пов'язаних з наданням допомоги (асистансу) Застрахованій особі, яка потрапила в скрутне становище під час здійснення нею Подорожі за межами країни постійного місця проживання Застрахованій особи, відшкодування яких передбачається умовами Договору (в залежності від умов страхового захисту (страхового покриття) за Програмою, яка обрана Страхувальником при укладенні Договору).

8.2. **Страховими випадками при страхуванні витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі (медичні витрати)**, відповідно до умов Договору є виникнення під час Подорожі Застрахованій особи необхідності понесення Застрахованою особою (Асистуючою компанією) медичних витрат та/або витрат, інших ніж медичні, відшкодування яких передбачено Договором (умовами обраної Програми), за надані їй послуги та допомогу (в залежності від умов страхового захисту (страхового покриття) за Програмою, яка обрана Страхувальником при укладенні Договору) (по тексту разом визначаються як медичні витрати):

8.2.1. **При страхуванні медичних витрат, що виникли внаслідок або в результаті настання:**

8.2.1.1. у зв'язку із захворюванням Застрахованій особи, розладом її здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншою подією, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), а саме: витрати на отримання медичної допомоги, медичних послуг, уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, та/або інших послуг (допомоги) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором (умовами обраної Програми);

8.2.1.2. погіршенням стану здоров'я Застрахованій особи внаслідок виникнення нещасного випадку, раптового захворювання або загострення хронічного захворювання Застрахованій особи, що становить загрозу її життю в обсязі, передбаченому Договором (умовами обраної Програми);

8.2.1.3. смертю Застрахованій особи внаслідок раптового захворювання, нещасного випадку або загострення хронічного захворювання в обсязі, передбаченому Договором (умовами обраної Програми);

8.2.1.4. іншими обставинами чи подіями, вказаними в п. 9 Договору (в залежності від умов обраної Програми).

8.2.2. **При страхуванні витрат інших, ніж медичні, що виникли внаслідок або в результаті:**

8.2.2.1. обставин чи подій, вказаних в п. 9 Договору, в обсязі, передбаченому Договором (умовами обраної Програми), зокрема: покриття витрат на медичну евакуацію/репатріацію; медичний супровід Застрахованій особи; репатріацію у випадку смерті; витрати з евакуації дітей, що подорожують разом із Застрахованою особою; витрати на адміністративну допомогу; витрати на юридичну допомогу (в залежності від умов обраної Програми).

8.3. **При страхуванні від нещасних випадків страховим випадком є:**

8.3.1. смерть Застрахованій особи в результаті нещасного випадку;

8.3.2. постійна втрата працездатності Застрахованою особою в результаті нещасного випадку (встановлення їй інвалідності I, II, III груп внаслідок нещасного випадку);

8.3.3. отримання Застрахованою особою тілесного ушкодження (травми) в результаті нещасного випадку.

8.4. **Характер послуг та допомоги, а також розмір, в якому вони відшкодовуються, визначаються Програмою.**

## **9. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ. Опис опцій та умов, що входять до Програм:**

9.1. Для умов «E-Travel» відповідно до Програми страхування «UTICO «E-Travel» Застрахованій особі надаються та відшкодовуються витрати за наступні послуги та допомогу:

9.1.1. **За Програмою «E-Travel» MINIMUM (позначення eVm).** В межах Програми MINIMUM відшкодовуються витрати на такі послуги та допомогу:

9.1.1.1. **Медичне транспортування:**

– **транспортування Застрахованій особи в країні перебування за необхідності до найближчої лікарні або медичного пункту, що відповідає медичним умовам, спеціальним медичним транспортом**, крім таксі та транспорту готелю. Відшкодовується в розмірі прямого збитку в межах страхової суми. Якщо транспортування здійснено не у відповідності до вищезазначених в цьому пункті способів транспортування, то по таких витратах завжди (незалежно від інших умов Договору) застосовується розмір франшизи не менше 100 USD (EUR) (якщо в умовах Договору визначено більший розмір франшизи, то застосовується відповідно більший розмір франшизи), а витрати, які можуть бути відшкодовані Страховиком в рамках Договору в будь-якому разі не можуть перевищувати п'ять відсотків від розміру страхової суми за Договором та здійснюються за вирахуванням відповідних розмірів франшиз, визначених умовами Договору;

9.1.1.2. **Медична допомога:**

– **надання швидкої невідкладної медичної допомоги** Застрахованій особі (організація та оплата медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму);

- **надання невідкладної стаціонарної допомоги в медичних закладах** (вартість невідкладного медикаментозного лікування, вартість діагностичних та лікувальних процедур, призначених лікарем в обсязі, необхідному для допомоги Застрахованій особі, оперативного втручання, вартість перебування в лікарняних палатах, в тому числі і реанімаційних) у зв'язку з гострою необхідністю, що викликана погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, раптового захворювання або загострення хронічного захворювання, що становить загрозу життю;
- **надання невідкладної амбулаторної допомоги в медичному закладі** або дипломованим лікарем (вартість консультацій, лікарняних послуг) у зв'язку з гострою необхідністю, що викликана погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи в результаті нещасного випадку або раптового захворювання;
- **оплата ліків, що здійснюється на підставі наданого рахунку**, придбаних за рецептом лікаря, необхідних для надання невідкладної медичної допомоги або зняття гострого стану.

Відшкодовується в розмірі прямого збитку в межах страхової суми. Відшкодування витрат, здійснених Застрахованою особою у випадку отримання нею послуг або медичної допомоги без залучення Асистуючої компанії здійснюється (незалежно від інших умов Договору) із застосуванням франшизи в розмірі не менше 100 USD (EUR) (якщо в умовах Договору визначено більший розмір франшизи, то застосовується відповідно більший розмір франшизи), а витрати, які можуть бути відшкодовані Страховиком в рамках Договору в будь-якому разі не можуть перевищувати п'ять відсотків від розміру страхової суми за Договором та здійснюються за вирахуванням відповідних розмірів франшиз, визначених умовами Договору;

- **надання невідкладної стоматологічної допомоги** внаслідок гострого захворювання. Надання невідкладної стоматологічної допомоги відшкодовується в розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше 100 USD (EUR). Витрати на надання вищезазначеної медичної допомоги відшкодовуються Страховиком лише в тому випадку, коли стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє відкласти надання такої медичної допомоги до моменту, коли Застрахована особа повернеться до країни постійного місця проживання.

#### 9.1.1.3. Медична евакуація/репатріація:

- **повернення Застрахованої особи до країни постійного місця проживання для здійснення подальшого лікування.** Рішення про евакуацію/репатріацію (проїзд економічним класом) із-за кордону до лікарні, найближчої до міжнародного аеропорту (у разі авіап перевезення) або найближчої до місця постійного проживання, обов'язково має бути розглянуте, коли стан хворого такий, що дозволяє його транспортування, а також евакуація/репатріація проводиться у тих випадках, коли витрати на перебування у стаціонарі можуть перевищити витрати на евакуацію або ліміт страхової суми, встановленої Договором і медична евакуація не протипоказана з медичної точки зору. Евакуація/репатріація для подальшого лікування в країні постійного місця проживання може бути здійснена з дозволу лікаря, що лікує Застраховану особу, якщо стан хворого після нещасного випадку, раптового захворювання або загострення хронічного захворювання, такий що дозволяє його переміщувати і не буде становити загрозу його життю та здоров'ю. Рішення щодо медичної евакуації/репатріації приймається Страховиком, або медична евакуація/репатріація має бути попередньо узгоджена з Асистуючою компанією (за погодженням із Страховиком). У випадку, якщо лікар, що лікує Застраховану особу, вважатиме доцільною медичну евакуацію/репатріацію Застрахованої особи і разом з Асистуючою компанією (за погодженням із Страховиком) приймуть рішення про її евакуацію/репатріацію, а Застрахована особа (чи її представники) відмовиться від здійснення евакуації/репатріації, то Страховик не відповідає за будь-які медичні витрати Застрахованої особи (чи її представників), що виникли після дати оголошення Асистуючою компанією (Страховиком) висновку щодо необхідності медичної евакуації/репатріації. У кожному конкретному випадку рішення про вибір засобу транспортування приймається та попередньо узгоджується між лікарем, що лікує Застраховану особу та Асистуючою компанією (за погодженням із Страховиком). Якщо попереднє погодження з Асистуючою компанією не здійснено (в т.ч. не було здійснено погодження зі Страховиком), то по таких витратах Страховик не здійснює відшкодування. Відшкодовується у розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 700 USD (EUR) в країнах СНД, 3500 USD (EUR) – в Європі і 5000 USD (EUR) – в іншій частині світу.

#### 9.1.1.4. Медичний супровід Застрахованої особи:

- **подорож, утримання і ночівля однієї особи з медичного персоналу, що супроводжує Застраховану особу** при поверненні до країни постійного місця проживання для здійснення подальшого лікування з дозволу лікаря, що лікує Застраховану особу, та якщо Застрахована особа не може самостійно повернутися для подальшого лікування в країну постійного місця проживання і супровід рекомендований лікарем, який лікує Застраховану особу, та якщо такий медичний супровід було попередньо письмово узгоджено з Асистуючою компанією (за погодженням із Страховиком) та за умови, якщо Страховик вважає медичний супровід доцільним. Якщо попереднє погодження з Асистуючою компанією не здійснено (в т.ч. не було здійснено погодження зі Страховиком), то по таких витратах Страховик не здійснює відшкодування. Відшкодовується у розмірі прямого збитку не більше ніж за 10 днів супроводу в межах страхової суми, але не більше ніж 500 USD (EUR) в країнах СНД, 2500 USD (EUR) – в Європі і 3500 USD (EUR) – в іншій частині світу.

#### 9.1.1.5. Репатріація у випадку смерті:

- **транспортування тіла (останків) Застрахованої особи до країни постійного місця проживання** (репатріація тіла або останків до міжнародного аеропорту (у разі авіап перевезення) або до місця призначення за згодою родичів в країні постійного місця проживання Застрахованої особи). Вид транспорту та строки репатріації визначається Страховиком. Для цього родичі померлого зобов'язані в найкоротший термін надати Страховику належним чином оформлені документи, що підтверджують родинні зв'язки із Застрахованою особою. Страховик не несе відповідальності за витрати

з поховання Застрахованої особи, ритуальні атрибути й т.п. За згодою родичів репатріація залишків може бути замінена на кремацію та транспортування урни з прахом. Відшкодовується в розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 500 USD (EUR) в країнах СНД, 2500 USD (EUR) – в Європі і 3500 USD (EUR) – в іншій частині світу.

**9.1.1.6. Надання невідкладної медичної допомоги у зв'язку зі захворюванням, що пов'язане з особливо небезпечною інфекцією (Covid-19).** Передбачає надання швидкої невідкладної допомоги, невідкладної амбулаторної та стаціонарної допомоги в медичних закладах (оплачується вартість послуг та медикаментів) у зв'язку зі захворюваннями, що пов'язані з особливо небезпечною інфекцією (Covid-19), за умови позитивного результату ПЛР тесту. Даний ризик покриває оплату діагностичних тестів на Covid-19 тільки при наявності симптомів особливо небезпечних інфекцій та симптомів хвороб органів дихання (клас X МКБ 10). Не покриваються: профілактичні діагностичні тести (тести, які потрібно зробити при перетині кордону країни в'їзду з метою отримання права на в'їзд, тестування у разі необхідності визначення наявності інфекції при появі інформації, що був контакт з інфікованим при відсутності симптомів захворювання, тестування за бажанням Застрахованої особи без необхідності з медичної точки зору, тестування без направлення лікуючого лікаря та без погодження з Асистуючою компанією (та без погодження із Страховиком) та інші профілактичні тести), витрати на самоізоляцію чи обсервацію (включаючи карантин з приводу захворювання на Covid-19), витрати на евакуацію в Україну, оплату квитків для повернення в Україну, компенсацію витрат за невикористані квитки. Відшкодовується в розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 750 USD (EUR) в країнах СНД, 1500 USD (EUR) – в Європі і 3000 USD (EUR) – в іншій частині світу.

**9.1.2. За Програмою «E-Travel» STANDART (позначення eBs).** В межах Програми STANDART відшкодовуються витрати на послуги та допомогу, зазначені в Програмі MINIMUM, а також додатково:

**9.1.2.1. Витрати з евакуації дітей, що подорожують разом із Застрахованою особою:**

– транспортування (проїзд економічним класом) до країни постійного місця проживання дітей віком до 13 років, які подорожують разом із Застрахованою особою, у випадку, якщо Застрахована особа померла або госпіталізована через раптове захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасний випадок і діти залишились без нагляду. Вид транспорту та інші умови транспортування погоджуються зі Страховиком. Страховик залишає за собою право скористатись невикористаним квитком Застрахованої особи та дітей. Відшкодовуються у розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 700 USD (EUR) в країнах СНД, 3500 USD (EUR) – в Європі і 5000 USD (EUR) – в іншій частині світу.

**9.1.2.2. Витрати на адміністративну допомогу:**

– цілодобову передачу термінових повідомлень, пов'язаних із страховим випадком, родичам Застрахованої особи або її роботодавцю. Відшкодовуються в розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 20 USD (EUR) по всім здійсненим повідомленням;

– пошук та доставку втраченого багажу Застрахованої особи, зареєстрованого при перевезенні повітряним транспортом, шляхом надання Застрахованій особі вказівок щодо вживання необхідних заходів і координат відповідних структур. Відшкодовуються у розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 100 USD (EUR).

**9.1.2.3. Витрати на юридичну допомогу:**

– організацію послуг адвоката в адміністративних процесах проти Застрахованої особи, порушених через скоєння нею ненавмисного злочину або правопорушення (крім передбачених податковим, трудовим та кримінальним законодавством), шляхом надання назв, номерів телефонів, адрес та інформування про час роботи юристів і юридичних фірм у країні перебування Застрахованої особи, при цьому послуги адвоката оплачуються Застрахованою особою самостійно. Відшкодовуються у розмірі прямого збитку в межах страхової суми, але не більше ніж 500 USD (EUR).

## **10. СТРАХОВА СУМА (ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ), СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВА ПРЕМІЯ (СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ), ФРАНШИЗА:**

**10.1. СТРАХОВА СУМА за Договором:** Розмір страхової суми за Договором визначається при укладенні Договору по відповідним умовам страхування за кожним класом страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків) і зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) на кожну Застраховану особу за вибором Страхувальника при укладенні Договору у відповідності до Тарифної політики, що використовується для укладання договорів страхування за Програмою «E-Travel», і наведена в Додатку № 2 до Договору (далі – Тарифна політика). Конкретний розмір страхових сум визначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) згідно умов, обраних Страхувальником при укладенні Договору (на підставі умов, визначених у Додатку № 2 до Договору). Ліміти відповідальності (ліміти страхових виплат) визначаються в умовах Програми та згідно інших умов Договору.

**10.2. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %:** Розмір страхового тарифу визначається при укладенні Договору по відповідним умовам страхування за кожним класом страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків) і зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). Конкретний розмір визначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) згідно умов, обраних Страхувальником при укладенні Договору (на підставі умов, визначених у Додатку № 2 до Договору).

**10.3. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ (СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ) по Договору, грн.:** Розмір страхової премії (страхового платежу) визначається при укладенні Договору по відповідним умовам страхування за кожним класом страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків) і зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). Страховий платіж на кожну Застраховану особу розраховується відповідно до умов Тарифної політики. Конкретний розмір страхової премії (страхового платежу) по Договору визначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) згідно умов,



обраних Страхувальником при укладенні Договору (на підставі умов, визначених у Додатку № 2 до Договору).

#### **10.4. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ (СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ):**

10.4.1. Страховий платіж по Договору є одноразовим і сплачується одразу по всіх Застрахованих особах в повному обсязі за весь строк дії Договору на рахунок Страховика до 24-00 години дати, вказаної у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), як дата підписання Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу).

10.4.2. Страховий платіж за Договором сплачується у грошовій одиниці України (за курсом НБУ на дату укладання Договору) шляхом безготівкового перерахування грошових коштів з банківського рахунку Страхувальника на поточний банківський рахунок Страховика (в т.ч. із застосуванням спеціальних платіжних сервісів, які використовуються чи доступні при укладенні Договору на WEB-сторінці Страховика (його партнерів, агентів) у мережі «Internet» (та/або у відповідному програмному забезпеченні / інформаційно-телекомунікаційній системі (ІТС) ПрАТ «УТСК» (його партнерів, агентів), за допомогою якого укладається Договір)).

10.5. **ФРАНШИЗА:** Договором для умов страхування медичних витрат (пов'язані з наданням допомоги (асистанс)) (п. 8.2 Договору) передбачається безумовна франшиза по кожному страховому випадку на кожну Застраховану особу, яка зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) в абсолютному розмірі у валюті страхової суми або у відсотках від страхової суми, що застосовується за кожним страховим випадком та по кожній Застрахованій особі, на розмір якої зменшується сума страхової виплати перед її виплатою. Конкретний розмір франшизи визначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) згідно умов, обраних Страхувальником при укладенні Договору (на підставі умов, визначених у Додатку № 2 до Договору). Франшиза при страхуванні від нещасного випадку (8.3 Договору) не передбачається.

#### **11. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ДОГОВОРУ, ПЕРІОД (ПЕРІОДИ) СТРАХУВАННЯ (СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ). ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. МІСЦЕ УКЛАДЕННЯ І ДАТА УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ:**

11.1. Договір укладається на період страхування, що визначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). Період страхування – відрізок часу (кількість днів), передбачений умовами Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), протягом якого Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою за визначеними у Договорі страховими випадками (згідно умов обраної Програми) та у відповідності до умов Договору і Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу).

11.2. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дати початку періоду страхування, яка вказана в умовах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) як дата початку дії Договору, за умови, якщо страховий платіж, визначений згідно умов Договору та вказаний в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), сплачено Страхувальником в повному обсязі Страховику до початку дії Договору, але в будь-якому разі Договір набуває чинності не раніше моменту перетину Застрахованою особою кордону України при виїзді за межі України з території України. Днем сплати страхового платежу вважається день зарахування коштів на поточний рахунок Страховика.

11.3. У випадку несплати (або сплати не в повному обсязі) Страхувальником страхового платежу, що визначений згідно умов Договору та вказаний в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), до дати початку дії Договору, Договір є таким, що не вступив в дію (не набрав чинності) і Страховик не несе заним будь-яких зобов'язань.

11.4. Дія Договору припиняється о 24 годині 00 хвилин дати закінчення періоду страхування, яка вказана в умовах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) як дата закінчення дії Договору, але в будь-якому разі Договір припиняє свою дію не пізніше закінчення перебування Застрахованої особи за кордоном України чи іншої країни постійного місця проживання, якщо Застрахована особа повернулась до такої країни постійного місця проживання до моменту закінчення дії Договору.

11.5. Відповідальність Страховика щодо здійснення страхової виплати за Договором поширюється тільки на період перебування Застрахованої особи за кордоном України та іншої країни постійного місця проживання – в країні або на території, зазначеній в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). При цьому Сторонами погоджено, що:

11.5.1. Відповідальність Страховика по відшкодуванню медичних чи інших витрат по Застрахованій особі, що вказані у відповідній Програмі, яка обрана Страхувальником в рамках Договору та визначена в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), настає виключно з дати перетину Застрахованою особою кордону України при виїзді за межі України з території України – при умові сплати страхового платежу в повному обсязі відповідно до умов Договору, але в будь-якому випадку, не раніше 00-00 годин дати початку дії Договору, визначеної згідно умов п. 11.2 Договору, та діє до дати перетину Застрахованою особою кордону України чи іншої країни постійного місця проживання при в'їзді з-за кордону України чи іншої країни постійного місця проживання, якщо Застрахована особа повернулась до такої країни постійного місця проживання до моменту закінчення дії Договору, але, в будь-якому випадку, не пізніше 24-00 години дати закінчення дії Договору, визначеної згідно умов п. 11.4 Договору.

11.6. **При безперервному страхуванні** дія Договору триває протягом кількості зазначених в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) застрахованих днів (тобто страховий захист (страхове покриття) надається у відповідності зі строком страхування, що вказаний в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), на визначену кількість застрахованих днів). У випадку використання всіх застрахованих днів (кількість використаних застрахованих днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України в період дії Договору) Договір вважається таким, що закінчився у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі. **При перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається:

а) **При тримісячному перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається на строк в загальній кількості до 30 днів на протязі трьох місяців, за умови, що тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу;

б) **При піврічному перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається на строк в загальній кількості до 60 днів на протязі півріччя, за умови, що тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу;

**в) При річному перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається на строк в загальній кількості:

-до 90 днів на протязі року, за умови, що тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу;

-до 180 днів на протязі року, за умови, що тривалість подорожей за кожне півріччя не перевищуватиме 90 днів, а тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу.

Обмеження в 21 добу за одну подорож не стосується студентів, які офіційно навчаються (студентська віза), та осіб, які мають офіційне працевлаштування (робоча віза) за кордоном. В будь-якому випадку страховий захист (страхове покриття) діє та надається в кількості днів, що не перевищує кількість застрахованих днів, вказаних в Договорі (застрахованих днів перебування за кордоном згідно умов Договору).

11.7. Страховик не визнає страховим випадком і не здійснює страхову виплату, якщо подія, яка заявлена Страховику, мала місце до початку дії Договору, або в період між укладенням Договору та початком його дії, а також у період, коли страховий платіж не був сплачений (або був сплачений не в повному обсязі) Страхувальником, або в період коли страховий захист (страхове покриття) не діяв згідно умов Договору. Жоден з випадків, що стався у такі періоди, не розглядається Страховиком як страховий і страхова виплата по ним не здійснюється.

11.8. **Територія дії Договору:** країна (територія) або країни (території), що зазначені у відповідному пункті Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) Договору, як «Країна перебування», та обрання якої (яких) здійснено при укладенні Договору в рамках відповідного варіанту території покриття за Договором (Europe, World або All World), але в будь-якому разі за виключенням території України чи іншої країни постійного місця проживання Застрахованої особи та країни, громадянином якої є Застрахована особа, а також з урахуванням умов виключення територій, визначених п. 15.4 Договору. При цьому під варіантом території покриття за Договором (Europe, World або All World) розуміється:

**а) Europe:** Країни ЄС та Шенгенської зони;

**б) World:** Країни всього світу, крім Японії, США, Канади, Австралії, України чи іншої країни постійного місця проживання Застрахованої особи та країни, громадянином якої є Застрахована особа;

**в) All World:** Країни всього світу, крім України чи іншої країни постійного місця проживання Застрахованої особи та країни, громадянином якої є Застрахована особа.

11.9. **Місцем укладення Договору** є місцезнаходження ПрАТ «УТСК», що зазначене в п. 1 Договору.

11.10. **Датою укладення Договору** є дата прийняття (Акцепту) пропозиції укласти Договір в порядку, передбаченому цим Договором, яка (дата укладення Договору) зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) разом з серією та номером такого документу.

## **12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ:**

### **12.1. Страховик зобов'язаний:**

12.1.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором строк;

12.1.2. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору. Умовами даного Договору відшкодування таких витрат не передбачається;

12.1.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;

12.1.4. виконувати інші зобов'язання згідно з цим Договором.

### **12.2. Страховик має право:**

12.2.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) чи його (їх) представниками інформацію та документацію, а також самостійно проводити розслідування страхового випадку, контролювати виконання (дотримання) вимог та умов Договору, а також запитувати у Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) чи його (їх) уповноважених осіб відомості щодо предмету договору та об'єкту страхування, причин та обставин настання страхового випадку, перевіряти достовірність інформації та чинність документів, наданих Страховику;

12.2.2. для з'ясування обставин, причин, характеру і наслідків настання страхового випадку проводити експертизи, розслідування, направляти запити у відповідні компетентні органи (в тому числі заклади охорони здоров'я), що можуть володіти необхідною інформацією (в т.ч. робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності, що володіють необхідною інформацією про виконання умов Договору та обставини страхового випадку), а також самостійно з'ясовувати такі відомості, причини, обставини і наслідки страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) та визначати розмір завданої шкоди чи збитків, проводити власне розслідування та в будь-який час направити свого довіреного лікаря до Застрахованої особи для обстеження її стану;

12.2.3. вимагати внесення змін до умов Договору або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення страхового ризику, якщо йому стало відомо або він був повідомлений Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про обставини, що призводять до збільшення страхового ризику. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) заперечує проти зміни умов Договору або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення страхового ризику, Страховик має право достроково припинити дію Договору згідно умов Договору;

12.2.4. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) довіреної особи (законних представників) Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) або її (їх) спадкоємців інформацію та документи (в тому числі яка відноситься до лікарської таємниці), необхідні для встановлення факту нещасного випадку або страхового випадку,



обставин та причин його виникнення, характеру та розміру завданої шкоди чи збитків, а також перевіряти надану інформацію та документацію;

12.2.5. запитувати у Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) будь-яку інформацію, яка має відношення до страхового випадку (в тому числі медичного характеру або яка стосується стану здоров'я Застрахованої особи), а також за дорученням Страхувальника брати участь у розгляді судових справ, що стосуються страхового випадку;

12.2.6. відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати письмово повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) у випадку:

12.2.6.1. якщо у нього (Страховика) є сумніви в правомірності одержання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) страхової виплати – поки ведеться розслідування страхового випадку Страховиком та не будуть надані необхідні докази, отримані відповіді на запити від компетентних органів, але не більше як на 6 (шість) місяців;

12.2.6.2. якщо ведеться розслідування обставин страхового випадку або подій, які призвели до страхового випадку, відповідними компетентними органами, – до отримання їх офіційних висновків (строк розслідування та складання офіційних висновків визначається компетентними органами);

12.2.6.3. якщо відповідними органами порушено кримінальне провадження проти Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) або його (їх) представника (представників) і ведеться розслідування обставин, що призвели до завдання шкоди чи збитків та/або настання страхового випадку, – до винесення судом вироку, що набере законної сили, чи закриття провадження;

12.2.6.4. якщо ведеться судове провадження по справі, що має пряме відношення до предмету страхування, об'єкту страхування та/або причин настання страхового випадку, – до закінчення провадження по справі і прийняття судового рішення, яке набере законної сили;

12.2.6.5. проведення страхового розслідування з письмовим повідомленням Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) про таке рішення, але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) календарних днів з дати прийняття Страховиком такого рішення. Строк страхового розслідування автоматично продовжується на період очікування офіційних відповідей від компетентних органів;

12.2.6.6. якщо а фактом страхового випадку або безпосередньо за фактом нещасного випадку, або по факту смерті, травматичного ушкодження чи завданню шкоди життю, здоров'ю або працездатності Застрахованої особи відкрито кримінальне провадження, – до закінчення його розгляду (винесення вироку, що набере законної сили, або закриття провадження);

12.2.7. давати письмові розпорядження і рекомендації при настанні страхового випадку, які є обов'язковими для Страхувальника (Застрахованої особи). Надані Страховиком письмові розпорядження та рекомендації Страхувальнику (Застрахованій особі) не можуть розглядатися Страхувальником (Застрахованою особою), як визнання Страховиком події, що сталася, страховим випадком та не є обов'язком Страховика здійснити страхову виплату;

12.2.8. змінити умови або достроково припинити дію Договору відповідно до умов Договору та закону України;

12.2.9. відмовити в здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір у випадках, передбачених Договором та законодавством України;

12.2.10. встановлювати та змінювати розмір страхового тарифу;

12.2.11. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) усувати, протягом узгодженого зі Страховиком строку, обставини, які помітно підвищують страховий ризик, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщає Страхувальника (Застраховану особу), а також сплатити додатковий страховий платіж за підвищення страхового ризику;

12.2.12. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) повернути Страховику одержану суму страхової виплати (або її відповідну частину), якщо після її виплати виявиться така обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) права на страхову виплату;

12.2.13. під час укладання Договору вимагати надання результатів медичного обстеження осіб, які мають бути застрахованими, для прийняття рішення щодо прийняття цих осіб на страхування, в т.ч. шляхом надання чи підтвердження відповідної декларації про стан здоров'я, в т.ч. включеної в умови Договору, та/або вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням, а також в разі необхідності вимагати додаткового медичного обстеження Застрахованої особи (при відмові Застрахованої особи від медичного обстеження за направленням Страховика Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати);

12.2.14. у разі настання страхового випадку за необхідності вимагати від Застрахованої особи або самостійно одержувати від медичних закладів (в тому числі медичних закладів країни постійного місця проживання) інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи до укладення Договору;

12.2.15. на інші права згідно умов Договору, Загальних умов Страхового продукту та законодавства України.

### **12.3. Страхувальник зобов'язаний:**

12.3.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

12.3.2. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;

12.3.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором, а також вжити заходів для одержання відповідних документів, що підтверджують настання страхового випадку;

12.3.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

12.3.5. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у

заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;

12.3.6. виконувати умови цього Договору, а також при настанні страхового випадку виконати відповідні умови Договору, надати Страховику необхідні документи, які засвідчують факт настання страхового випадку і розмір завданої шкоди або завданого збитку;

12.3.7. при укладанні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в т.ч. передбачені п. 4 Договору), і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику не пізніше 2 (двох) робочих днів від дати настання таких змін (наприклад: укладання інших договорів страхування щодо предмету чи об'єкту страхування по Договору, зміна умов Подорожі, країни прямування або перебування Застрахованої особи, зміна мети поїздки (туризм, спорт, робота/навчання, активний відпочинок), виконання діяльності із підвищеною небезпекою відповідно до переліку, визначеного чинним законодавством України, або професійне зайняття спортом на постійній основі, зміна стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. заявленого при укладенні Договору згідно Декларації, визначеної п. 4 Договору, тощо);

12.3.8. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкту страхування чи предмету цього Договору; ознайомитись при укладенні Договору з умовами страхування за Договором та умовами Загальних умов Страхового продукту (які розміщені Страховиком на його офіційному веб-сайті), а також ознайомити всіх Застрахованих осіб з відповідними умовами страхування за цим Договором та умовами Договору;

12.3.9. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку; виконувати умови Договору у повному обсязі;

12.3.10. письмово повідомити Страховика про те, що заподіяна шкода в повному обсязі або частково відшкодована особою, винною в настанні страхового випадку, та/або іншою третьою особою, але в будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику (його представнику) стало відомо, або повинно було стати відомо про це;

12.3.11. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк та на умовах, передбачених Договором, а також при настанні страхового випадку виконати дії та надати документи, передбачені умовами Договору;

12.3.12. на вимогу Страховика надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованих осіб, в т.ч. первинні медичні документи, а також на вимогу Страховика надати (забезпечити) можливість представнику Страховика здійснити огляд Застрахованої особи після її повернення з Подорожі, та/або при необхідності пройти Застрахованою особою медичне обстеження у закладах охорони здоров'я, визначених Страховиком та за його рахунок, та надати дозвіл лікарям та закладам охорони здоров'я розкрити відповідну медичну інформацію Страховику, в т.ч. щодо розкриття лікарської таємниці, а також на вимогу Страховика та за його рахунок провести додаткові медичні та клінічні обстеження в зазначеному ним закладі охорони здоров'я. Якщо виявиться, що Страхувальник (Застрахована особа) діяв (діяла) з метою обману, то всі витрати за додаткове медичне обстеження він (вона) несе самостійно або вони стягують з такої особи в порядку, встановленому законодавством України;

12.3.13. у разі настання госпіталізації, отримання травматичного ушкодження чи звернення за медичною допомогою своєчасно та в повному обсязі виконувати призначення лікарів та вказівки представників Асистуючої компанії чи Страховика;

12.3.14. при настанні страхового випадку вжити заходів для одержання відповідних документів, що підтверджують страховий випадок, а також надавати Страховику (його представнику) всю необхідну допомогу для встановлення причин настання страхового випадку та необхідні повні відповіді на його запитання, а також при необхідності та на вимогу Страховика забезпечити безперешкодний доступ Страховика (його представника) до документації, яка безпосередньо пов'язана з страховим випадком або Договором, та документів, які мають значення і відношення для визначення обставин, характеру та розміру заподіяної шкоди та настання страхового випадку;

12.3.15. виконувати вказівки, розпорядження і рекомендації Страховика або його уповноважених представників при настанні страхового випадку, сприяти Страховику в судовій справі про відшкодування збитків по страховому випадку, а також на вимогу Страховика передавати справу для безпосереднього ведення претензійної або судової роботи по справах щодо розслідування обставин страхового випадку;

12.3.16. повідомити Страховика про судовий процес, що розпочатий по відношенню до Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), його представників або інших третіх осіб, що має безпосереднє або опосередковане відношення до страхового випадку, але в будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику (його представнику) стало відомо або повинно було стати відомо про це;

12.3.17. усувати, протягом узгодженого зі Страховиком строку, обставини, які помітно підвищують страховий ризик, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщає Страхувальника, а також сплатити додатковий страховий платіж за підвищення страхового ризику;

12.3.18. сповіщати Страховика, на його вимогу, про хід лікування Застрахованої особи, надавати документацію, яка пов'язана з об'єктом страхування та предметом Договору, нещасним випадком та станом здоров'я Застрахованої особи, а також надавати відповіді на запити Страховика не більше ніж у п'ятиденний строк;

12.3.19. дотримуватися всіх правил дорожнього руху, відповідних правил пожежної безпеки, правил техніки безпеки, правил поведінки з вибуховими, легкозаймистими та їдкими речовинами або радіоактивними матеріалами та інших відповідних правил, що стосуються безпеки життєдіяльності та які встановлені законодавством України чи країни перебування за межами України або у країні Подорожі;

12.3.20. повернути Страховику одержану страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених законом України строків позовної давності виявиться обставина, яка повністю або частково позбавляє Страхувальника

(Застраховану особу) права на страхову виплату;

12.3.21. інформувати Страховика про зміну місця свого фактичного проживання та/або місця реєстрації протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання таких змін, а також на запит Страховика надавати відомості та документи (їх завірені копії) з метою виконання Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»;

12.3.22. не передавати договір страхування іншій особі для отримання медичної чи іншої допомоги;

12.3.23. обов'язково інформувати Асистуючу компанію (Страховика) про настання страхового випадку до моменту сплати медичних чи інших послуг або медикаментів, а також погоджувати із Страховиком та Асистуючою компанією всі дії, пов'язані з отриманням лікування та інших послуг, обумовлених договором страхування, виконувати рекомендації Асистуючої компанії або Страховика;

12.3.24. у разі оформлення Договору з умовою перервного страхування або з обмеженим строком перебування за кордоном надати Страховику копію всіх сторінок закордонного паспорта або документи, що підтверджують дати перетину кордону України з іншими країнами (квитки та інші документи), з обов'язковим пред'явленням оригіналу уповноваженим особам Страховика, де вказані всі відмітки дат перетину кордону України (виїзду та в'їзду) з моменту початку останньої подорожі за кордон в період дії Договору;

12.3.25. виконувати інші обов'язки згідно умов Договору, Загальних умов Страхового продукту та законодавства України.

#### **12.4. Страхувальник має право:**

12.4.1. на страхову виплату на умовах Договору при настанні страхового випадку в межах страхової суми (ліміту відповідальності) та на підставі страхового акту, складеного Страховиком;

12.4.2. отримати дублікат Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) у випадку його втрати. Після видачі дублікату втрачений примірник Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) вважається недійсним;

12.4.3. достроково припинити Договір відповідно до умов Договору та закону України;

12.4.4. оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати;

12.4.5. на інші права згідно з Договором, Загальними умовами Страхового продукту та законодавством України.

12.5. При укладенні Договору щодо страхування ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі страхування).

12.6. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або на розмір страхової премії за Договором.

12.7. Згідно вимог законодавства Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, третю особу про укладений на її користь договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь.

12.8. Згідно з умовами Договору, Застрахована особа, на вимогу Страховика, після повернення із подорожі, під час якої стався страховий випадок, зобов'язана пройти медичне обстеження. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу (Вигодонабувача). Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

12.9. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору:

12.9.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

12.9.2. **Страховик несе майнову відповідальність за прострочення страхової виплати шляхом сплати Вигодонабувачу пені в розмірі 0,01% від несвоєчасно сплаченої суми за кожен день прострочення, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня. В разі вирішення питання про стягнення грошових коштів з винної Сторони за даним Договором в судовому порядку, нарахування пені, за час розгляду судової справи, не здійснюється.**

12.9.3. Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання зобов'язань за Договором на час дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), які виникли після його укладання і які сторони не могли передбачити. До форс-мажорних обставин відносяться: обмежувальні дії органів влади та інші обставини, які безпосередньо впливають на можливість виконання зобов'язань за Договором. Сторони зобов'язані, як тільки їм стане відомо про настання форс-мажорних обставин, терміново повідомити про це іншу сторону та надати іншій стороні для підтвердження існування форс-мажорних обставин довідку Торгово-промислової палати України.

### **13. ДІЇ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ЗАПОДІЯНОЇ ШКОДИ (ЗБИТКІВ):**

**13.1. Страхувальник (Застрахована особа) або особа, яка представляє його (її) інтереси, повинні:**

13.1.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, та при необхідності отримання за кордоном екстреної (невідкладної) медичної допомоги або інших послуг, що передбачені умовами Договору, перш ніж вжити будь-яких заходів, що пов'язані з оплатою медичних витрат або з організацією та оплатою всіх інших видів послуг, протягом 24 годин з моменту настання надзвичайної події, яка призвела до необхідності отримання



медичної допомоги чи інших послуг, передбачених умовами Договору, **звернутися в представництво Асистуючої компанії в країні перебування за телефонами, зазначеними у п. 13.14 Договору (або Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі)), та повідомити:**

- номер, дату Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), ПІБ Застрахованої особи та інші дані, зазначені в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі);
- місцезнаходження Застрахованої особи (країна та місто перебування, адреса та контактні телефони Застрахованої особи, при необхідності контактні телефони представника Застрахованої особи);
- причину звернення, обставини настання події, внаслідок якої виникла необхідність в отриманні термінової допомоги, та характер необхідної допомоги, вартість необхідних послуг та іншу інформацію, яку буде запитувати Асистуюча компанія або Страховик.

**13.1.2. За неможливості повідомити Асистуючу компанію в строки, вказані в п. 13.1.1 Договору, при надзвичайних медичних обставинах (шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потьмарення розуму тощо) про настання події, що потребує медичної чи іншої допомоги, що покривається згідно умов Договору (в залежності від умов обраної Програми),** Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, повинна звернутися з повідомленням до Асистуючої компанії за першої ж можливості;

**13.1.3.** Якщо цього вимагаються обставини настання події, що має ознаки страхового випадку, негайно (не пізніше 24 годин з моменту настання надзвичайної події, яка призвела до необхідності отримання медичної допомоги чи інших послуг, передбачених умовами Договору) повідомити відповідні компетентні органи чи служби, які уповноважені розслідувати та/або реагувати на дану подію, в т.ч. на факт відповідної надзвичайної події, зокрема: відповідні органи поліції, службу екстреної (швидкої) медичної допомоги (або інші відповідні компетентні органи чи служби країни, на території якої сталася надзвичайна подія), та забезпечити реєстрацію такими органами факту такої надзвичайної події та факту розладу здоров'я Застрахованої особи та/або необхідності отримання нею будь-якої медичної допомоги чи інших послуг, передбачених умовами Договору, а також забезпечити отримання документів, що підтверджують настання такої події та її причини;

**13.1.4.** Надати Асистуючій компанії або Страховику документи, які підтверджують настання страхового випадку та необхідні для прийняття рішення про страхову виплату, в т.ч. на їх запит або в інших випадках, передбачених умовами Договору;

**13.1.5.** Виконати інші дії на вимогу Асистуючої компанії або Страховика при настанні страхового випадку, необхідних для отримання чи організації медичної чи іншої допомоги, що покривається згідно умов Договору (в залежності від умов обраної Програми), а також для підтвердження страхового випадку та/або отримання документів, що підтверджують настання заявленої події та її причини.

**13.2.** Застрахована особа може самостійно оплатити послуги та допомогу, надані їй, та після повернення в Україну чи іншу країну постійного місця проживання надати Страховику відповідну заяву на відшкодування своїх витрат, які покриваються згідно умов Договору (в залежності від умов обраної Програми), шляхом подання Страховику необхідних документів в строки та на умовах, визначених цим Договором (п. 13.6-13.10 Договору та з урахуванням інших умов Договору).

**13.3.** Сторонами Договору погоджено, що Застрахована особа не може відмовитися від переведення в лікувальний заклад країни постійного місця проживання для подальшого лікування з того моменту, коли лікар та/або представник Страховика визначає, що стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє їй самій чи в супроводі іншої особи повернутися в країну постійного місця проживання. У випадку відмови Застрахованої особи (її представника) від повернення до країни постійного місця проживання Страховик припиняє подальшу оплату лікування та не відшкодовуватиме в подальшому оплату такого лікування.

**13.4.** Сторонами Договору погоджено, що для отримання медичної чи іншої допомоги, що покривається згідно умов Договору, Застрахована особа повинна пред'явити Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)) у відповідному закладі охорони здоров'я чи іншій установі, що надає відповідні послуги, що покриваються згідно умов Договору.

**13.5.** Застрахована особа повинна дотримуватись розпорядження та рекомендації співробітника Асистуючої компанії та Страховика.

**13.6. Для підтвердження страхового випадку та для здійснення страхової виплати, в залежності від характеру страхового випадку, Страховику надаються такі документи:**

**13.6.1.** Договір (Заява-приєднання (Акцепт, Поліс)) з усіма додатками;

**13.6.2.** заява з описом обставин страхового випадку з відповідною Застрахованою особою (може подаватись за формою, встановленою Страховиком, або у довільній формі з повним описом обставин страхового випадку) та банківські реквізити для здійснення страхової виплати;

**13.6.3.** копія паспорту Страхувальника (Застрахованої особи) (всіх заповнених сторінок) та копія його (її) реєстраційного номера облікової картки платника податків (довідки про присвоєння ідентифікаційного номера) (при відсутності у випадках, передбачених законодавством, – копія сторінки паспорту з відповідною відміткою, або копія документу, що замінює паспорт згідно законодавства – паспортна картка (ID-картка)), та/або відповідні документи іншої особи, що має чи заявляє своє право на отримання страхової виплати;

**13.6.4.** копія закордонного паспорту відповідної Застрахованої особи, за яким відбулась поїздка, а також при необхідності та на вимогу Страховика документи, що підтверджують дати виїзду з території України Застрахованої особи та дати її в'їзду в Україну чи іншу країну постійного місця проживання (квитки, посадочні талони тощо);

**13.6.5.** офіційні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (документи консульських установ, поліції, офіційний протокол або довідку про дорожньо-транспортну пригоду, тощо);

**13.6.6. у разі захворювання та/або отримання медичної допомоги, передбаченої умовами Договору (в залежності від умов обраної Програми), також надаються:**

- оригінали деталізованих документів медичних закладів або звіту лікаря із зазначенням діагнозу та детальним переліком наданих відповідній Застрахованій особі послуг (із обов'язковим зазначенням прізвища, ім'я пацієнта – Застрахованої особи, діагнозу, дати і причини звернення, тривалості лікування, повним переліком послуг, які надавалися та їх вартістю), оригінали рахунків медичних закладів на оплату вартості наданих медичних послуг та медичної допомоги, оригінали квитанцій (чеків) про оплату рахунків, медикаментів, послуг лікаря (лікарні чи іншого медичного закладу);
- оригінали рецептів, виписані лікарем Застрахованої особи, та квитанції про оплату призначених ліків;
- за вимогою Страховика – інші необхідні документи, пов'язані з хворобою Застрахованої особи та/або медичними послугами, що були їй надані, зокрема, первинні (оригінальні) медичні документи (результати лабораторних досліджень, гістологічних досліджень, результати функціональної, інструментальної чи інших видів діагностики, висновки за результатами консультації лікарів, рентгенологічні чи інші знімки, результати УЗІ, томографії, ЕКГ тощо), на підставі яких встановлений та підтверджений діагноз;
- при необхідності інші необхідні документи, пов'язані зі страховим випадком, в т.ч. за вимогою Страховика;

**13.6.7. у разі понесення інших витрат та/або отримання іншої допомоги, передбачених умовами Договору (умовами обраної Програми), в залежності від обставин випадку також надаються:**

- оригінали деталізованих рахунків відповідних установ (організацій тощо), які надали послуги Застрахованій особі (у всіх випадках);
- рахунки за ночівлю, харчування під час транспортування Застрахованої особи до країни постійного місця проживання, перевезення тіла (останків) Застрахованої особи, евакуації дітей, що подорожують разом із Застрахованою особою (дані документи надаються в залежності від обставин випадку, зокрема, при медичному супроводі, медичній евакуації/репатріації, репатріації у випадку смерті, при евакуації дітей);
- копія посадкового квитку або підтвердження реєстрації на рейс; копії документів на підтвердження пошуку та доставку втраченого багажу Застрахованої особи, зареєстрованого при перевезенні повітряним транспортом, від перевізника або його агента із зазначенням тривалості пошуку багажу в годинах та часу його доставлення; копії документів на підтвердження факту отримання багажу з зазначенням дати та часу (дані документи надаються в залежності від обставин випадку, зокрема, при отриманні адміністративної допомоги в зв'язку з пошуком та доставкою втраченого багажу);
- інші необхідні документи, пов'язані зі страховим випадком, в т.ч. за вимогою Страховика;

**13.6.8. у разі нещасного випадку, передбаченого умовами Договору, в залежності від обставин випадку також надаються:**

- документи медичної установи з підтвердженням факту отримання травми внаслідок нещасного випадку;
- оригінал офіційних документів, які підтверджують факт та обставини настання нещасного випадку (акт розслідування нещасного випадку та/або довідка компетентного органу відповідно до законодавства країни перебування) – за вимогою Страховика;
- довідку з медичної установи про вміст алкоголю, наркотичних та токсичних речовин у крові потерпілої Застрахованої особи на момент нещасного випадку або одразу після його настання – за вимогою Страховика;
- у випадку смерті внаслідок нещасного випадку також надаються: складений за кордоном протокол про смерть внаслідок нещасного випадку, де зазначена інформація про обставини випадку або документи медичної установи з підтвердженням факту смерті внаслідок нещасного випадку; офіційне свідоцтво про смерть (копія, завірена нотаріально) та за необхідності і на вимогу Страховика висновок про обставини (причини) смерті відповідного компетентного органу, що діє на підставі законодавства країни на території якої перебувала Застрахована особа; документи, що підтверджують право на спадщину (копія, завірена нотаріально);
- у випадку встановлення групи інвалідності внаслідок нещасного випадку також надається документ, виданий Медико-соціальною експертною комісією України (МСЕК України) про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності (копія, завірена нотаріально);

13.6.9. офіційний медичний висновок за результатами пройденого за вимогою Страховика Застрахованою особою медичного обстеження у закладах охорони здоров'я або у відповідного медичного спеціаліста (лікаря), визначених Страховиком, – за вимогою Страховика при необхідності встановлення обставин страхового випадку;

13.6.10. інші документи, пов'язані із страховим випадком або необхідні для здійснення страхового відшкодування, за письмовою вимогою Страховика.

13.7. Документи, які надаються Страховику, повинні бути оформленні відповідно до існуючих норм і правил (із зазначенням номеру, дати, засвідчені підписами уповноважених осіб та печатками або штампами, не містити виправлень (мають бути без виправлень)). На вимогу Асистуючої компанії чи Страховика Застрахована особа (Страхувальник, Вигодонабувача) чи інша особа, що матиме право (або заявляє своє право) на отримання страхової виплати, повинні надати Страховику інші документи, що мають відношення до страхового випадку, необхідні для підтвердження страхового випадку або необхідні для прийняття рішення щодо визнання заявленої події страховим випадком чи необхідні для здійснення страхової виплати. У відношенні до кожного страхового випадку Страховик має право звільнити Застраховану особу (Страхувальника, Вигодонабувача) чи іншу особу, що матиме право (або заявляє своє право) на отримання страхової виплати, від обов'язку надавати частину документів із вищевказаного переліку документів, чи

вимагати надати інші документи, що не передбачені таким переліком, але які містять інформацію про причини та/або обставини страхового випадку та/або необхідні для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати.

13.8. Медичні документи (в т.ч. первинні), які подаються на підтвердження страхового випадку мають містити обов'язкову інформацію щодо даних Застрахованої особи (ПІБ, дата народження) та дату складання таких документів – як невід'ємну частину таких документів (міститься у тексті таких документів), зокрема:

- результати інструментальних чи інших досліджень (ЕКГ, рентгенівські знімки, томографічні знімки чи інші подібні документи чи зображення, зроблені за допомогою медичних приладів чи обладнання) мають дати можливість встановити їх приналежність до Застрахованої особи (наприклад: містити інформацію щодо даних Застрахованої особи (ПІБ, дата народження) та дати їх створення у спосіб, що не дозволяє їх змінити);

- інші медичні документи, в т.ч. висновки лікарів або результати лабораторних досліджень, мають містити дані Застрахованої особи (ПІБ, дата народження) та дати їх створення у спосіб, що не дозволяє змінити такі дані (наприклад: не написані олівцем).

13.9. Всі документи, складені іноземною мовою, надаються з офіційним перекладом на державну мову України, а також мають бути нотаріально посвідчені та/або легалізовані (апостильовані) відповідно до законодавства України. Конкретний та вичерпний перелік документів, на підставі яких здійснюється страхова виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин, обставин та розміру збитків. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками. У випадках, прямо передбачених Договором, документи подаються виключно в оригінальних примірниках. Будь-які витрати на отримання документів, перелік яких наведено у Договорі, несе Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) чи інша особа, що має право (або заявляє своє право) на отримання страхової виплати.

13.10. Документи, зазначені в п. 13.6-13.9 Договору, подаються Страховику не пізніше не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати перетину Застрахованою особою кордону України (чи іншої країни постійного місця проживання) при її поверненні в Україну (чи іншу країну постійного місця проживання). Якщо ці документи видаються компетентними органами та не можуть бути надані в зазначений вище строк, то такі документи надаються Страховику окремо, не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання.

13.11. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) чи інша особа, що має право (або заявляє своє право) на отримання страхового відшкодування, не може у зв'язку зі станом здоров'я здійснити відповідні заходи, що передбачені п. 13 Договору, то їх повинна виконати чи забезпечити їх виконання особа, що є законним представником таких осіб або інша їх довірена особа.

13.12. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором, покладається на Страхувальника або іншу особу, визначену Договором. За цим Договором обов'язок надання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитків), покладається на Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) або іншу особу, що матиме право (або заявляє своє право) на отримання страхової виплати. Несвоєчасне або не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір завданих збитків та які є необхідними для здійснення страхової виплати, є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати за Договором та надає право Страховику відмовити у страховій виплаті згідно умов даного Договору.

13.13. При врегулюванні страхових випадків через Асистуючу компанію порядок та умови надання документів від Асистуючої компанії до Страховика визначається за встановленою між ними процедурою чи порядком у відповідності до відповідної угоди, укладеної між Асистуючою компанією та Страховиком.

13.14. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

13.14.1. Для повідомлення про страховий випадок:

**Основні способи звернення до контакт-центру Асистуючої компанії ENSURIA OPERATIONS для обслуговування клієнтів** (обслуговування клієнтів здійснюється на мові клієнта, первинно - українською мовою):

**Основний багатоканальний цілодобовий телефон:**

**+38 044 39 000 10** (вартість дзвінків згідно тарифів Вашого оператора зв'язку).

**Електронна пошта:** [care@ensuria.com](mailto:care@ensuria.com) або Телеграм <https://ensuria.me/telegram>.

13.14.2. Для отримання консультацій з питань страхування або якщо потрібна будь-яка додаткова інформація, будь ласка, звертайтеся до Страховика і телефонуйте:

Тел./факс: **+38 (044) 303 97 70** (у робочі час з 9:00 до 18:00 та у робочі дні, в т.ч. для дзвінків із-за кордону, вартість дзвінків згідно тарифів Вашого оператора зв'язку), або пишіть на електронну пошту: [event@utico.ua](mailto:event@utico.ua).

13.14.3. Для листування (поштових відправлень):

01033, м. Київ, вул. Саксаганського, 77, отримувач ПрАТ «УТСК».

## **14. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ:**

14.1. Страховик відшкодовує витрати на медичні та інші послуги, передбачені умовами Договору (в залежності від умов обраної Програми), які були погоджені Асистуючою компанією та Страховиком, відповідно до умов страхування, зазначених в Договорі, в межах страхової суми та лімітів відшкодування, що визначені згідно умов п. 9, 10 Договору, а також з урахуванням інших умов Договору. При цьому:

14.1.1. Оплата витрат третій особі за медичні та інші послуги, передбачені умовами Договору, які були погоджені Асистуючою компанією та Страховиком відповідно до умов страхування, зазначених в Договорі, може бути здійснена



Асистуючою компанією, якщо Застрахована особа отримала медичні та інші послуги, передбачені умовами Договору (в залежності від умов обраної Програми), через Асистуючу компанію.

14.1.2. У випадку безпосередньої оплати Застрахованою особою (або особою, яка представляє її інтереси) медичних та інших послуг, передбачених умовами Договору (в залежності від умов обраної Програми), які були погоджені Асистуючою компанією та Страховиком відповідно до умов страхування, зазначених в Договорі, Страховик відшкодовує такі витрати Застрахованій особі після її повернення в країну постійного місця проживання (в Україну чи іншу країну постійного місця проживання) та за умови надання Страховику документів, необхідних для виплати страхового відшкодування, в строки та на умовах, визначених п. 13 Договору, а також з урахуванням інших умов Договору.

14.2. Страхова виплата по страхуванню медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) здійснюється з урахуванням таких умов:

14.2.1. При врегулюванні страхових випадків через Асистуючу компанію – страхова виплата здійснюється шляхом перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав погоджені зі Страховиком послуги з медичної чи іншої допомоги, що покриваються згідно умов Договору (в залежності від умов обраної Програми), на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної або іншої допомоги, що покривається згідно умов Договору (в залежності від умов обраної Програми) та була погоджена зі Страховиком (тобто Страховик здійснює відшкодування витрат Асистуючої компанії (медичного чи іншого закладу, що надав відповідні послуги) на організацію та надання Застрахованій особі відповідних погоджених Страховиком послуг та допомоги). Порядок та умови погодження, форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистуючою компанією (медичним або іншим закладом, що надав відповідні послуги) у відповідності до відповідної угоди, укладеної між ними.

14.2.2. У випадку самостійної оплати послуг Застрахованою особою – страхова виплата здійснюється шляхом проведення компенсації Застрахованій особі вартості самостійно понесених нею витрат на медичні та інші послуги, передбачені умовами Договору (в залежності від умов обраної Програми), які були погоджені Асистуючою компанією та Страховиком відповідно до умов страхування, зазначених в Договорі, за умови своєчасного повідомлення про страховий випадок та попереднього узгодження з Асистуючою компанією та Страховиком оплати таких витрат. У випадку, коли Застрахована особа повідомила про звернення за медичною допомогою або іншими послугами, що передбачені умовами Договору (в залежності від умов обраної Програми), вже після їх оплати, та не узгодила попередню оплату цих медичних та інших послуг із Асистуючою компанією та Страховиком, Страховик відшкодовує Застрахованій особі понесені витрати тільки в сумі, що не перевищує 100 USD (EUR) по курсу Національного банку України на дату настання страхового випадку, а також з урахуванням інших умов Договору, в т.ч. щодо умов застосування франшизи за Договором.

14.2.3. Страхова виплата здійснюється:

- в межах фактичних та документально підтверджених витрат за вирахуванням франшизи, розмір якої встановлений умовами Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу));
- на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку згідно умов Договору, зокрема на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання відповідних послуг Застрахованою особою та їх вартість, але не більше середньо ринкової вартості товарів та послуг, які стягуються у країні настання страхового випадку за виконання аналогічних послуг і придбання товарів при подібних обставинах;
- при витратах на хронічні захворювання, в тому числі при їх загостренні, загальна сума відшкодування, що сплачується за Договором при таких обставинах за весь час його дії, не може перевищувати 10% страхової суми.

14.2.4. Страхова виплата не може перевищувати розміру прямих збитків, які зазнала Застрахована особа. Страхова виплата виплачується лише в межах страхової суми (відповідних лімітів відповідальності), встановлених для Застрахованій особи. Розмір страхової виплати не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених договором страхування. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності), що встановлена договором страхування для цієї Застрахованій особи.

14.2.5. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється в національній грошовій одиниці України за курсом Національного банку України на день настання страхового випадку. Умови по валюті відшкодування витрат Асистуючої компанії (медичного чи іншого закладу, що надав відповідні послуги) на організацію та надання Застрахованій особі відповідних погоджених Страховиком послуг та допомоги) погоджуються між Страховиком та Асистуючою компанією (медичним або іншим закладом, що надав відповідні послуги) у відповідності до відповідної угоди, укладеної між ними. Інші умови щодо страхової виплати при настанні страхового випадку по страхуванню медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) можуть застосовуватись Страховиком при необхідності з урахуванням інших відповідних умов Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (в редакції, яка є чинною на дату укладання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу))).

14.3. При страхуванні від нещасних випадків (якщо умовами Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) надано покриття по страховому випадку, визначеному п. 8.3 Договору), страхова виплата здійснюється в межах страхової суми по страхуванню від нещасних випадків, що визначена згідно умов п. 10 Договору, та визначається в розмірі, що передбачений п. 14.3.1 Договору в залежності від обставин настання страхового випадку (смерті, групи інвалідності, тілесного ушкодження (травми) в результаті нещасного випадку), за умови надання Страховику документів, необхідних

для здійснення страхової виплати, в строки та на умовах, визначених п. 13 Договору, а також з урахуванням інших умов Договору.

14.3.1. Згідно умов Договору в залежності від обставин настання страхового випадку при страхуванні від нещасних випадків встановлені такі розміри страхових виплат:

а) У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, передбаченого умовами Договору, Страховик здійснює страхову виплату в розмірі 100% від страхової суми, встановленої умовами Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) по страхуванню від нещасних випадків;

б) У разі стійкої втрати працездатності Застрахованою особою (первинне встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи, або II групи, або III групи) в результаті нещасного випадку, передбаченого умовами Договору, Страховик здійснює страхову виплату в розмірі, який визначається у відсотках від страхової суми, встановленої умовами Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) по страхуванню від нещасних випадків, в залежності від групи інвалідності:

- у разі встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності – 100% від відповідної страхової суми;

- у разі встановлення Застрахованій особі II групи інвалідності – 70% від відповідної страхової суми;

- у разі встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності – 50% від відповідної страхової суми;

в) У разі отримання Застрахованою особою тілесного ушкодження (травми) в результаті нещасного випадку – в розмірі, який визначається у відсотках від страхової суми, встановленої умовами Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) по страхуванню від нещасних випадків, у відповідності із Таблицею виплат згідно умов, визначених у Загальних умовах Страхового продукту за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (в редакції, яка є чинною на дату укладання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу))).

14.3.2. Інші умови щодо страхової виплати при настанні страхового випадку по страхуванню від нещасних випадків здійснюється з урахуванням відповідних умов Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (в редакції, яка є чинною на дату укладання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу))).

14.4. Загальна сума страхових виплат, здійснених за Договором по всіх заявлених страхових випадках, не може перевищувати розмір відповідної страхової суми, визначеної згідно умов п. 10 Договору. Страхова сума за кожним класом страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків) зменшується на суму здійсненої Страховиком страхової виплати.

14.5. **Рішення про здійснення страхової виплати приймається Страховиком не пізніше 30 (тридцяти) робочих днів** з моменту отримання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та є необхідними для здійснення страхової виплати (п. 13 Договору), а також з урахуванням п. 12.2 Договору. Рішення про здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком.

14.6. **Страхова виплата здійснюється Страховиком не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з моменту підписання страхового акту, що складається Страховиком. Страхова виплата здійснюється виключно у безготівковій формі.

## **15. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ:**

15.1. **Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:**

15.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір (включаючи Вигодонабувача, Застраховану особу), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

15.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір (включаючи Вигодонабувача, Застраховану особу), умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

15.1.3. подання Страхувальником (особою, на користь якої укладено Договір (включаючи Вигодонабувача, Застраховану особу), їх представником чи іншою особою, що заявляє своє право на отримання страхової виплати) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в т.ч. передбачених п. 4 Договору (зокрема декларацією) або про факт настання страхового випадку, або ненадання відомостей про зміну страхового ризику;

15.1.4. одержання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

15.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, на користь якої укладено Договір (включаючи Вигодонабувача, Застрахованої особи), їх представником) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

15.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими п. 15.5 Договору;

15.1.7. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.

15.2. На умовах цього Договору також передбачаються наступні підстави для відмови у здійсненні страхових виплат:

15.2.1. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат, а так само у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку, а також невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку дій, передбачених в п. 13 Договору, або несвоєчасне подання документів або не подання документів, що передбачені п. 13 Договору, або подання таких документів в неналежній формі (якщо вони оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, підпис уповноваженої особи, печатка, є виправлення тексту тощо) або подання документів, що підписані особами, які не мали на це повноважень, або у разі подання не в повному обсязі документів, що підтверджують настання страхового випадку та є необхідними для здійснення страхової виплати, або несвоєчасне та/або не в повному обсязі подання таких документів, або подання документів, які містять недостовірну інформацію щодо терміну, причин, обставин та характеру страхового випадку та розміру збитку;

15.2.2. подання Страхувальником (особою, на користь якої укладено Договір (включаючи Вигодонабувача, Застраховану особу), їх представником чи іншою особою, що заявляє своє право на отримання страхової виплати) Страховику свідомо неправдивої інформації та документів, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог, в тому числі з метою завищення суми страхової виплати;

15.2.3. настання подій, які не передбачені в умовах п. 8.2-8.3 Договору або в умовах обраної Програми, або якщо заявлена подія не підтверджується доказами, документами, наданими Страховику, а також у випадках приховування Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) або іншою особою, що заявляє своє право на отримання страхової виплати за Договором, дійсних причин, обставин та наслідків страхового випадку;

15.2.4. відсутність факту оплати Договору (сплати страхової премії по Договору в строки і розміри, встановлені згідно умов Договору);

15.2.5. порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору, в т.ч. у разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, викладених у Договорі або визначених у відповідності до умов Договору;

15.2.6. не підтвердження закладом охорони здоров'я, медичним документом (амбулаторною карткою або випискою з історії хвороби) діагнозу в період дії Договору (в т.ч. по якому заявляється вимога на отримання виплати);

15.2.7. виникнення медичних та інших витрат Застрахованої особи, відшкодування яких передбачено Договором, без погіршення стану здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, раптового захворювання або загострення хронічного захворювання, що становить загрозу її життю, та/або у випадках, коли медичні та інші витрати Застрахованої особи, відшкодування яких передбачено Договором, не були попередньо погоджені з Асистуючою компанією та Страховиком (за виключенням випадків, прямо передбачених умовами Договору);

15.2.8. якщо на дату укладання Договору чи на момент перетину кордону Застрахована особа була інвалідом I, II або III групи (або мала стійке порушення функцій організму, обумовлене хворобами чи наслідками травм, що мали місце до початку дії Договору) або стан її здоров'я не відповідав іншим умовам, визначеним у п. 4 Договору;

15.2.9. якщо на дату укладання Договору чи на момент перетину кордону Застрахована особа перебувала на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні або була визнана недієздатною у порядку, визначеному законодавством України;

15.2.10. настання події із Застрахованою особою, якщо її вік на момент укладення Договору або на дату настання страхового випадку підпадає під вікові обмеження, встановлені п. 3 Договору;

15.2.11. якщо подорож розпочата не з території України або якщо Застрахована особа не є громадянином України, а також у випадка, коли на дату укладення Договору Застрахована особа знаходилась поза межами території України.

15.2.12. відмова у наданні Страховику медичної документації посилаючись на лікарську таємницю, або невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов п. 12.3.12 Договору, а також інші підстави, передбачені умовами Договору, в т.ч. випадки, передбачені п. 15.5 Договору.

15.3. За цим Договором:

15.3.1. Страховик звільняється від страхової виплати в разі неусунення Страхувальником (Застрахованою особою) протягом узгодженого з Страховиком строку обставин, які підвищують ступінь страхового ризику, в т.ч. настання обставин, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, та про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщав Страхувальника (Застраховану особу), або несплати додаткової страхової премії за підвищення страхового ризику, в т.ч. за настання обставин, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку;

15.3.2. Страховик звільняється від страхової виплати у випадках невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вказівок Асистуючої компанії (Страховика, закладу охорони здоров'я або їх уповноважених представників) щодо організації і отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичної допомоги та медичних послуг, відшкодування витрат за які передбачено Договором (обраною Програмою), а також внутрішнього розпорядку та правил перебування у закладах охорони здоров'я чи інших місцях, де Застрахованій особі надаються послуги, передбачені Договором (обраною Програмою);

15.3.3. якщо Вигодонабувач або інша особа, яка має право на отримання страхової виплати, відмовиться від права одержання відшкодування завданої шкоди (завданих збитків) від особи, винної в її заподіянні, то Страховик має право відмовити у відшкодуванні такої завданої шкоди (завданих збитків) частково або повністю;

15.3.4. Страховик не покриває збитки немайнового характеру (моральну шкоду), а також будь-які інші непрямі збитки, або збитки заподіяні професійною помилкою лікаря, або збитки, пов'язані з будь-якою відповідальністю Страхувальника (Застрахованої особи), або будь-які збитки, заподіяні майну Застрахованої особи;

15.3.5. Страховик не покриває збитки або витрати на пошук та рятування Застрахованої особи, збитки або витрати, які могли б бути відстрочені до моменту повернення Застрахованої особи в країну постійного місця проживання;



15.3.6. Страховик не покриває збитки або витрати здійснені в Україні (або іншій країні постійного місця проживання), навіть якщо вони пов'язані з страховим випадком;

15.3.7. Страховик не покриває збитки або витрати Застрахованої особи (її представників чи інших третіх осіб) у разі надання Страховику свідомо неправдивої інформації, сфальсифікованих документів стосовно стану здоров'я Застрахованої особи або факту сплати отриманих послуг або необґрунтованого збільшення розміру страхової виплати;

15.3.8. Страховик не здійснює страхову виплату при настанні події, що має ознаки страхового випадку, у випадках та у період, коли страховий захист (страхове покриття) не діяв згідно з умовами Договору, а також страхова виплата не здійснюється в інших випадках, визначених умовами Договору.

15.4. Відповідальність Страховика за Договором не поширюється на країну постійного місця проживання Застрахованої особи (територію України та/або іншої країни постійного місця проживання Застрахованої особи), а також на території чи зони військового конфлікту, території проведення будь-яких антитерористичних чи військових операцій чи заходів, а також на території/країни щодо яких застосовані заходи миротворчого характеру, в тому числі по мандату Організації Об'єднаних Націй (ООН), або на тимчасово окуповані території, в тому числі незаконно, тимчасово окуповані та/або відчужені території будь-якої країни, на території якої перебуває Застрахована особа, а також на території/країни, що визнані в установленому порядку міжнародним законодавством або оголошені уповноваженими державними (зокрема МЗС України) чи міжнародними організаціями як території/країни, які небажані для відвідування та перебування на яких становить загрозу для життя або здоров'я людей. Події, які сталися під час перебування Застрахованої особи на зазначених територіях (включаючи будь-які захворювання, нещасні випадки, звернення до закладів охорони здоров'я, госпіталізацію, необхідність отримання будь-якої медичної чи іншої допомоги тощо), не визнаються страховими випадками за Договором та страхові виплати за ними не здійснюються.

**15.5. Страхова виплата за цим Договором не здійснюється та до страхових випадків не відноситься події, які настали внаслідок або під час наступних подій, а також винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування є встановлення будь-чого з наступного:**

**15.5.1. Страховими випадками не визнаються події, передбачені Договором, якщо вони сталися внаслідок або пов'язані з:**

15.5.1.1. захворюванням Застрахованої особи на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, крім ГРВІ, інкубаційний період яких більший за строк перебування Застрахованої особи за кордоном на момент реєстрації захворювання медичним закладом, але з урахуванням виключень п. 15.5.1.7 Договору та інших умов Договору;

15.5.1.2. новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений Застрахованій особі медичним закладом протягом перших двох місяців після набуття чинності Договором;

15.5.1.3. хворобою, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договором, вродженими пороками чи вадами Застрахованої особи (в т.ч. вроджені чи спадкові хвороби, стани, патологічні процеси й т.п., остеопенія, остеопороз, переломи внаслідок таких захворювань, остеопоротичні переломи);

15.5.1.4. захворюваннями та діагностикою Застрахованої особи, що пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності; будь-які події чи витрати, що пов'язані післяпологовим доглядом за дитиною, а також із засобами із запобігання вагітності;

15.5.1.5. захворюваннями або нещасним випадком, які є наслідком перебування під дією або наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, психотропних чи токсичних речовин або їх аналогів, ліків, не призначених лікарем, самолікування; перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння на дату настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);

15.5.1.6. захворюваннями або нещасним випадком, які є наслідком замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, а також випадки самогубства Застрахованої особи;

15.5.1.7. захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення (чи по яким вже введено) комплексу карантинних заходів (в т.ч. у випадках захворювань на хвороби, по яких оголошено пандемію чи введені карантинні заходи в країні перебування й т.п.), а також відносно будь-яких захворювань на вірусні захворювання типу H1N1, H3N2, H5N1 тощо або коронавірусних інфекцій, в т.ч. бетакоронавірусів (наприклад: MERS-CoV і SARS-CoV, Covid-19 (крім випадків та умов покриття по Covid-19, визначених у п. 9.1.1.6 Договору), тощо);

15.5.1.8. поїздкою (подорожжю) Застрахованої особи на територію держави, яка не рекомендована для в'їзду чи подорожі Міністерством закордонних справ України;

15.5.1.9. нехтування існуючими медичними протипоказаннями для занять дайвінгом для відповідної Застрахованої особи, або внаслідок вживання Застрахованою особою медичних препаратів, які недозволені, nereкомендовані чи заборонені при заняттях дайвінгом, або здійснення підводного занурення без дійсного сертифікату дайвера відповідної категорії, або пов'язані чи є наслідками занурення на глибину 40 метрів та більше (всі інші глибини від 40 метрів) (крім випадків пошкодження обладнання, що призвело до тимчасової втрати плавучості тривалістю не більше 1 хвилини, що має бути підтверджено документально, та крім випадків наявності окремого письмового погодження Страховика щодо покриття на умовах Договору випадків, пов'язаних із зануренням на глибину 40 метрів та більше (всі інші глибини від 40 метрів) (при відсутності такого окремого письмового погодження Страховика такі умови не покриваються в будь-якому разі. Під письмовим погодженням розуміється окремий документ у вигляді додаткової угоди, підписаний сторонами у встановленому порядку за результатами відповідного індивідуального андерайтингу). Крім цього, без окремого письмового погодження Страховика (яке має бути окремо оформлене так само, як вказано вище), не покриваються події, що пов'язані з Застрахованими особами, які не досягли повноліття та займалися дайвінгом без

батьків (опікунів чи інших уповноважених осіб), що мають дійсний сертифікат дайвера відповідної категорії, та/або інструктора, який має відповідний чинний сертифікат, що підтверджує статус інструктора з дайвінгу (в будь-якому разі занурення на глибину 40 метрів та більше (всі інші глибини від 40 метрів) по таким Застрахованими особами, які не досягли повноліття, не покриваються умовами Договору));

**15.5.2. Страховик не несе відповідальності щодо відшкодування витрат:**

15.5.2.1. на будь-які медичні послуги чи медикаментозне забезпечення, пов'язані з діагностикою чи лікуванням, які не є обґрунтовано необхідними, а також по яким Страховиком буде визначено не обґрунтованість їх використання чи отримання Застрахованою особою на підставі отриманої Страховиком інформації чи на підставі отриманих ним документів;

15.5.2.2. на будь-які послуги, пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення медичної діяльності;

15.5.2.3. на будь-які послуги і лікування будь-якої тривалості та обсягу, що надаються у санаторно-курортних, бальнеологічних та інших подібних закладах, а також на будь-які медичні послуги, товари та медикаменти, спрямовані на оздоровлення та профілактику, або на проведення відновлювальної терапії, реабілітації або фізіотерапії;

15.5.2.4. на будь-які послуги і лікування, які вважаються експериментальними або носять дослідницький характер;

15.5.2.5. на будь-який догляд, медичні послуги, товари та медикаменти, пов'язані з діагностикою та лікуванням вроджених, хронічних захворювань і хвороб, що почалися ще під час перебування Застрахованої особи в країні постійного місця проживання. В таких випадках оплачуються лише витрати на екстрену допомогу лікаря (надання швидкої невідкладної медичної допомоги), необхідну для рятування життя Застрахованої особи;

15.5.2.6. на надання додаткового комфорту, а саме: плати типу «люкс» (й т.п. категорій, відмінних від стандартних), радіо, телебачення, телефону, кондиціонера, зволожувача повітря, послуг перукаря, масажиста, косметолога, перекладача, таксі та т.ін.;

15.5.2.7. на медичні послуги чи медикаментозне забезпечення, що перевищують помірні, обґрунтовані розміри їх оплати для країни перебування, тобто не є звичайними, виправданими та розумними;

15.5.2.8. на будь-які послуги з проведення профілактичних заходів, дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, призначення вітамінів, ін'єкцій, щеплень, загальних медичних оглядів, лікарської експертизи, видачу (отримання, оформлення) медичних довідок та свідоцтв; на будь-які витрати на проведення лікарських експертиз і лабораторних досліджень, не пов'язаних із нещасним випадком або раптовим захворюванням Застрахованої особи;

15.5.2.9. на будь-які медичні послуги, що не є необхідними з медичної точки зору, чи на лікування, не призначене лікарем; діагностичні маніпуляції (в т.ч. консультації та лабораторні дослідження), надані без наступного лікування;

15.5.2.10. витрати, що виникли через невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, який здійснює її лікування;

15.5.2.11. на будь-які медичні огляди, не пов'язані з раптовим захворюванням, тілесним ушкодженням, гострим болем та станом, що становить загрозу для життя Застрахованої особи;

15.5.2.12. на будь-які послуги, що пов'язані з пластичною, реконструктивною, косметичною хірургією та будь-яким протезуванням, забезпеченням, придбанням або ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, будь-яких протезів (включаючи зубні протези, штучні зуби, очі й т.п.), милиць, тростин, інвалідних візків, засобів для металоостеосинтезу (спиці, гвинти, пластини, штифти та інше) тощо, та інших коригуючих або медичних пристроїв); на трансплантацію органів та тканин; на операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШК), перепрати заміної терапії, лікування безпліддя, імпотенції, сексуальних дисфункцій, контрацепцію;

15.5.2.13. на аборт, крім випадків раптового ускладнення або нещасного випадку (в цьому випадку строк вагітності не повинен перевищувати 3 місяці);

15.5.2.14. на будь-які послуги стоматолога та офтальмолога, за винятком безпечного лікування, екстреного лікування в межах ліміту, визначеного при укладанні Договору;

15.5.2.15. пов'язаних із штучним заплідненням, лікуванням безпліддя; витрати на ангіографію, а також витрати, пов'язані з операціями на серці та судинах, у т.ч. ангіопластику, шунтування, стентування;

15.5.2.16. на проведення усіх видів і форм аутогенного тренування, лікування нетрадиційними методами або методами нетрадиційної медицини, гіпнозу, психотерапії, а також на обстеження і лікування методами мануальної терапії, рефлексотерапії (акупунктури), хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- і натуротерапії та іншими методами недоказової медицини, експериментальне лікування;

15.5.2.17. пов'язаних з похованням Застрахованої особи, в т.ч. необхідні ритуальні послуги;

15.5.2.18. на лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, а також захворювань, що є їхнім наслідком; на лікування венеричних захворювань і СНІДу, а також всіх хвороб, викликаних ВІЛ-вірусом та (або) будь-якими формами гепатиту та їхніми наслідками; на лікування алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, особливо небезпечних інфекцій (віспа, чума, холера, сибірська виразка);

15.5.2.19. на лікування онкологічних захворювань, психічних розладів чи захворювань, їх наслідків;

15.5.2.20. на лікування ускладнень або побічних дій лікарських засобів та харчових добавок, наслідків їх вживання;

15.5.2.21. на лікування патологічних переломів кісток через вроджені або набуті до початку дії Договору фізичні вади;

15.5.2.22. на лікування і діагностику будь-яких хвороб шкіри, включаючи фотоалергії та сонячні опіки чи інших змін у шкірному покриві, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання; на лікування і діагностику сонячного, теплового удару (крім витрат на екстрену допомогу лікаря, необхідну для рятування життя Застрахованої особи);

15.5.2.23. на лікування алергій, за виключенням станів, що супроводжуються інтоксикацією або набряком дихальних шляхів; на лікування висотної, декомпресійної (кесонної) хвороби;

15.5.2.24. що перевищують необхідні, коли стан здоров'я Застрахованої особи покращився настільки, що вона сама чи в супроводі іншої особи може повернутися в країну постійного місця проживання;

15.5.2.25. на лікування в країні постійного місця проживання;

15.5.2.26. по будь-яким випадкам отримання допомоги не у визначених чи не погоджених з Асистуючою компанією медичних закладах (крім випадків, визначених умовами Договору), або якщо отримання такої допомоги чи відшкодування витрат не було попередньо погоджено зі Страховиком, а також по будь-яким витратам на медичні та/або інші послуги, не передбачені Договором, або медичні та/або інші послуги, не погоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком у порядку, визначеному цим Договором;

15.5.2.27. на тестування на COVID-19 за бажанням Застрахованої особи без направлення лікуючого лікаря та/або в лабораторіях, які не мають відповідної сертифікації, а саме першого або другого рівня акредитації, а також у випадках тестування Застрахованих осіб без наявності направлення лікуючого лікаря;

15.5.2.28. на лікування, обсервацію / карантин Застрахованих осіб у разі відсутності рекомендацій відповідних компетентних органів країни подорожі щодо таких дій відносно конкретних Застрахованих осіб, вказаних в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі);

15.5.2.29. якщо у Застрахованої особи було встановлено лабораторно підтверджене інфікування на COVID-19 в країні постійного проживання протягом 14 днів до початку подорожі;

15.5.2.30. якщо підозра інфікування COVID-19 без проявів захворювання є наслідком контактування з особами, які не застраховані за Договором (Заявою-приєднання (Акцептом, Полісом)) та не проживали з нею в одному готельному номері;

15.5.2.31. на наслідки хвороби на COVID-19, на яку Застрахована особа захворіла поза строком та місцем дії Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу));

15.5.2.32. на лікування лабораторно підтвердженого захворювання на COVID-19 в медичних закладах, які не акредитовані державою подорожі як ті, що мають інфекційні відділення та можуть надавати медичну допомогу при захворюванні на COVID-19;

15.5.2.33. на витрати, пов'язані з діагностикою, лікуванням та/або обсервацією у разі якщо Застрахована особа грубо порушувала правила власної гігієни, особистої безпеки та правила поведінки в зонах відпочинку, в тому числі рекомендовані Страховиком, туристичним оператором та інструкції працівників баз розміщення (готелі, пляжі тощо);

15.5.2.34. на лікування захворювання або травм, викликаних дією обставин непереборної сили обставинами, включаючи несприятливі метеорологічні умови за умови, що територія на який знаходиться Застрахована особа, офіційно визнана (або має статус) компетентними державними органами зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо, якщо таке оголошення було зроблено до набрання чинності Договором;

15.5.2.35. на транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу до іншого без участі Асистуючої компанії або без попереднього погодження з Асистуючою компанією (без погодження зі Страховиком);

15.5.2.36. на лікування незначних травматичних ушкоджень/ дрібних травм невеликих розмірів (тобто при яких завдано пошкодження шкірному покриву площею до 3 сантиметрів квадратних та без наявності значної кровотечі і обробка яких не потребує медичного втручання з метою недопущення інфікування організму (наприклад, садни, подряпини, порізи тощо));

15.5.2.37. на будь-які процедури, пов'язані з промиванням вухної раковини, а також пов'язані із захворювання вуха без наявності больового синдрому (в тому числі сірчані пробки ускладнені внаслідок переохолодження та (або) потрапляння води);

15.5.2.38. на лікування захворювань шкіри (в тому числі дерматитів, кропивниць та еритем), укусів комах, вжалення медуз, морських водоростей, алергічні реакції, що не несуть загрозу життю;

15.5.2.39. на лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, що не потребують парентерального (ін'єкції, інфузії) лікування та/або не несуть загрозу життю і пов'язані зі звичайними розладами шлунку (через погану їжу, не миті руки тощо);

15.5.2.40. на лікування ГРЗ, ГРВІ без наявності гіпертермічного синдрому (без температури тіла менше 38 градусів Цельсія);

15.5.2.41. на лікування алергічних кон'юнктивітів, захворювань ока, що пов'язані з порушенням догляду за контактними лінзами;

15.5.2.42. на платне лікування у медичному закладі або перебування на обсервації (ізоляції), а також будь-які додаткові витрати, які надаються Застрахованій особі безкоштовно за правилами країни перебування або компенсуються третіми особами;

15.5.2.43. на платне лікування у медичному закладі, а також будь-які витрати, якщо Застрахована особа має право на безкоштовне медичне обслуговування та/або відповідні послуги надаються Застрахованій особі на безоплатній основі;

15.5.2.44. які виникли в результаті відмови Застрахованої особи від виконання приписів лікаря, Асистуючої компанії або Страховика, отриманих Застрахованою особою (її представником) у зв'язку зі зверненням з приводу страхового випадку;

15.5.2.45. які виникли в результаті відмови Застрахованої особи (її представника) від евакуації в країну постійного місця проживання в тих випадках, коли вона дозволена за медичними показаннями;

15.5.2.46. які виникли внаслідок захворювань і травм, отриманих Застрахованою особою та пов'язаних з невинуватим ризиком та небезпекою завдання шкоди життю та здоров'ю;

15.5.2.47. які пов'язані із зміною ваги тіла або лікуванням ожиріння, модифікацією тіла за метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в т.ч. хірургічна зміна статі;

15.5.2.48. на медичні послуги, товари та медикаменти, які пов'язані з віковими дегенеративно-дистрофічними процесами, спадковими, професійними, психічними захворюваннями, захворюваннями психогенної природи, порушенням мови;



15.5.2.49. на медичні послуги, товари та медикаменти у зв'язку з епілепсією, цукровим діабетом, бронхіальною астмою, системними захворюваннями сполучної тканини, доброякісними та злоякісними онкологічними захворюваннями, туберкульозом, гематологічними, аутоімунними та демієлінізуючими захворюваннями, хронічною нирковою недостатністю, вірусними гепатитами, окрім гепатиту А, цирозом печінки; на медичні послуги, товари та медикаменти у зв'язку з ускладненням виразкової хвороби (множинні виразки ДПК та/або шлунку, пенетрація виразки, стеноз ворота), окрім надання швидкої невідкладної медичної допомоги, необхідної для рятування життя Застрахованої особи;

15.5.2.50. на операції з приводу аневризми судин, крім невідкладних операцій при ускладнених аневризмах судин головного мозку, коли існує загроза життю Застрахованої особи; на лікування гіполіпідемічними лікарськими препаратами;

15.5.2.51. на будь-які послуги, що не передбачені умовами Договору або які не були погоджені Страховиком, а також Страховик не несе відповідальності щодо відшкодування витрат в інших випадках згідно умов Договору.

15.5.3. Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування, якщо страховий випадок стався:

15.5.3.1. через власні навмисні дії Застрахованої особи, її бездіяльність, нараження себе на ризик (крім випадків, коли це пов'язано з рятуванням життя людини); внаслідок нещасного випадку, що стався з вини Застрахованої особи, включаючи спроби самогубства; внаслідок скоєння Страхувальником (Застрахованою особою) протиправних дій або участь Страхувальника (Застрахованої особи) у протиправних діях або при спробі вчинення чи вчиненні протиправних дій, підтверджених рішеннями суду, прокуратури, поліції тощо; навмисне спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, в т.ч. внаслідок необережного поводження зі зброєю, незалежно від психічного стану; навмисних дій, наміру або необережності Застрахованої особи, що призвели до настання страхового випадку;

15.5.3.2. через психічний або нервовий розлад або будь-який стан психічно-невропатичного походження (включаючи судомні стани, неврози (панічні атаки, депресії, істеричні синдроми тощо) та їхні загострення), в тому числі, що діагностовані до початку дії Договору, їх наслідки;

15.5.3.3. внаслідок ядерного вибуху, дії радіації, радіоактивного, хімічного, бактеріологічного забруднення, природних катаклізмів, стихійного лиха та небезпечних природних явищ, а також їх наслідків;

15.5.3.4. внаслідок будь-яких воєнних дій, маневрів чи інших воєнних заходів, громадянської війни, громадянських заворушень усякого роду, страйків, локаутів, терористичних актів й т.п. подій, а також їх наслідків;

15.5.3.5. внаслідок протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства, а також їх наслідків;

15.5.3.6. внаслідок керування будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під дією лікарських засобів, що обмежують можливість керування транспортним засобом (в т.ч. снодійних препаратів чи транквілізаторів, психотропних або токсичних речовин чи медикаментів); або керування транспортним засобом без дійсного посвідчення водія відповідної категорії або без дійсного документу, який дає право на управління таким транспортним засобом, або внаслідок керування транспортним засобом, яким така особа не має право керувати; або передача управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або під дією лікарських засобів, що обмежують можливість керування транспортним засобом (в т.ч. снодійних препаратів чи транквілізаторів, психотропних або токсичних речовин чи медикаментів), або особі, що не має дійсного посвідчення водія відповідної категорії або права на управління таким транспортним засобом, а також якщо Застрахована особа, заздалегідь про це знаючи, їхала (перебувала) в транспортному засобі, яким керувала особа, яка не має посвідчення водія чи перебуває під впливом алкоголю, наркотичних або токсичних речовин;

15.5.3.7. внаслідок польотів Застрахованої особи на будь-якому літальному апараті, керування цим апаратом, крім випадку польоту у якості пасажира на літаку ліцензованого авіаперевізника.

15.5.4. Страхова виплата не здійснюється, якщо страховий випадок стався під час виконання Застрахованою особою будь-якого виду роботи чи навчання (під поняттям «Робота/навчання» згідно з Договором розуміється виконання Застрахованою особою будь-якого виду робіт за наймом (контрактом), в т.ч. фізичної роботи, навчання (включаючи виробничу, студентську практику, навчання й т.п.)), занять професійним або аматорським спортом (під поняттям «Спорт» згідно з Договором розуміється діяльність суб'єктів сфери фізичної культури і спорту, спрямована на виявлення та уніфіковане порівняння досягнень людей у фізичній, інтелектуальній та іншій підготовці (тренуваності) шляхом проведення спортивних змагань та відповідної підготовки до них), під час активного відпочинку (під поняттям «Активний відпочинок» згідно з даним Договором розуміється спосіб проведення вільного часу, різновид хобі, в процесі якого відпочиваючий займається активними видами діяльності, що потребують активної фізичної роботи організму, роботи м'язів, всього тіла. Зокрема, активний відпочинок передбачає:

- такі види активного відпочинку чи активної діяльності (тільки на любительському рівні, без участі в змаганнях): зимові види спорту (гірські лижі та сноуборд на аматорському рівні на гірськолижних курортах під час відпочинку); лижні рівнинні прогулянки; дайвінг (глибина занурення до 18 метрів (занурення на глибину до 40 метрів рахується як «спорт», а занурення на глибину 40 метрів та більше (всі інші глибини від 40 метрів) не покриваються стандартними умовами страхування та потребують проведення окремого андерайтингу та можуть покриватись за Договором виключно за наявності окремого письмового погодження Страховика)), плавання (в басейнах, річці, морі тощо), аквааеробіка; рибна ловля, полювання, стрільба (кульова, стендова, з луку, з арбалету тощо); рафтинг (1-2 рівень складності (всі інші рівні рахуються як «спорт»)); кінні прогулянки або катання на конях, верблюдах, слонах тощо; парасейлінг (політ на парашуті (парасейлі) за катером); спортивний туризм, туристичні походи/трекінг (1-2 категорії складності, за умови, що висота сходження не більше 2500 метрів (всі інші категорії рахуються як «спорт»)),

велосипедні прогулянки, катання на велосипеді, катання на квадроциклах, гідроциклах та багі й т.п. (в тому числі перебування застрахованої особи в якості пасажира), скейтбординг, кайтинг, геокешинг, спелеотуризм, каякінг, водні мотоцикли, скутери, тощо; теніс, гольф, катання на роликах, волейбол (в т.ч. пляжний), футбол (в т.ч. пляжний), сквош, бадмінтон, біг й т.п.; інші, що підпадають під умови активного відпочинку;

- непрофесійне заняття якими-небудь видами спорту.

15.5.4.1. При цьому Сторонами погоджено, що виключення, зазначене у п. 15.5.4 Договору, не діє і страхова виплата здійснюється, якщо при укладанні Договору Сторони погодили та відповідним чином визначили в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі):

- мету поїздки як «Спорт» та/або «Активний відпочинок», про що свідчить проставлена позначка «Так» відповідному полі «Спорт» або «Активний відпочинок» в умовах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) у розділі «Додаткові умови страхування»; або

- мету поїздки як «Робота/навчання», про що свідчить проставлена позначка «Так» відповідному полі «Робота/навчання» в умовах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) у розділі «Додаткові умови страхування».

15.5.5. Страховий захист (страхове покриття) діє лише у визначений у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) період страхування та надається на визначену в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) кількість застрахованих днів. Страховик не несе відповідальності по Договору, якщо страховий випадок стався за межами дії Договору.

15.5.6. Раптові захворювання, загострення хронічних захворювань і нещасні випадки, які виникли до початку строку дії Договору на території країни постійного місця проживання, що призвели до медичних витрат за кордоном, не є страховими випадками і Страховик за цими випадками відповідальності не несе.

15.5.7. Якщо Застрахована особа здійснила поїздку з метою одержати лікування або передбачала одержати лікування, Страховик не відшкодовує медичні витрати на лікування, що є метою поїздки, або передбачуване лікування, а також витрати, викликані погіршенням стану здоров'я або смертю Застрахованої особи у зв'язку із цим лікуванням.

15.6. Рішення про відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком заяви про страхову виплату та документів, зазначених у п. 13 Договору, з урахуванням п. 12.2 Договору, та протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляється Застрахованій особі (Вигодонабувачу) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

15.7. Рішення страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено страховальником у судовому порядку. У разі, якщо відмову у здійсненні страхової виплати або розмір суми страхової виплати, сплаченої за цим Договором, не було оскаржено Вигодонабувачем у судовому порядку протягом 1 (одного) року з дати винесення такої відмови або дати виплати, то така відмова або розмір суми страхової виплати, сплаченої Страховиком за цим Договором, приймається Сторонами як справедливе і в подальшому оскарженню не підлягає.

## **16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ:**

16.1. Зміни та доповнення вносяться у цей Договір за згодою Страховальника та Страховика шляхом укладання додаткових угод, підписаних Сторонами, і які стають невід'ємною частиною цього Договору.

16.2. Зміна умов цього Договору здійснюється за згодою Страховальника і Страховика на підставі заяви однієї із Сторін Договору, яка надається за 30 (тридцять) календарних днів до дня внесення цих змін. Рішення про зміну умов Договору приймається впродовж 5 (п'яти) календарних днів з моменту одержання заяви іншою Стороною по Договору і оформляється додатковою угодою до Договору, яка стає невід'ємною частиною Договору. Якщо Страховик чи Страховальник не згодні з внесенням змін в Договір, то впродовж 5 (п'яти) календарних днів вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах чи про припинення його дії. З моменту одержання заяви однією зі Сторін по Договору до моменту прийняття рішення Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

16.3. Зміни, які відбуваються в страховому ризику після укладення Договору та які збільшують ступінь або обсяг відповідальності Страховика, дають йому право змінити умови страхування або нарахувати додаткову страхову премію. Якщо протягом дії Договору виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми. У разі відмови Страховальника від внесення відповідних змін до Договору Страховик має право достроково припинити Договір у порядку, передбаченому Договором або законодавством.

16.4. Припинення Договору. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії Договору;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі;
- 3) несплати Страховальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору;
- 4) ліквідації Страховальника - юридичної особи або смерті Страховальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування»);
- 5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
- 7) в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

16.5. Згідно умов Договору дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність також у разі:

16.5.1. У разі збільшення ступеня страхового ризику (зміна умов Подорожі, країни прямування або перебування Застрахованої особи, зміна мети поїздки (туризм, спорт, робота/навчання, активний відпочинок), виконання діяльності із підвищеною небезпекою відповідно до переліку, визначеного чинним законодавством України, або професійне

зайняття спортом на постійній основі, зміна стану здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. заявленого при укладенні Договору згідно Декларації, визначеної п. 4 Договору, тощо) та якщо Страхувальник не погоджується на зміну умов Договору або не повідомив Страховика або невчасно повідомив Страховика про таку зміну – дія Договору припиняється з моменту настання змін в ступені страхового ризику, та Договір втрачає чинність.

16.5.2. У разі, якщо виплачена сума страхової виплати за відповідною Застрахованою особою дорівнює страховій сумі за Договором, встановленої згідно умов Договору для такої Застрахованої особи, то дія Договору припиняється у відношення до такої Застрахованої особи.

16.6. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

16.7. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

16.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

16.9. Згідно умов Договору, Страховик повертає розраховану ним до повернення страхову премію (її частину) за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, в строк, що не перевищує 30 календарних днів від дати дострокового припинення дії Договору. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

16.11. **Фактична частка витрат Страховика (навантаження), пов'язаних безпосередньо з укладенням (аквізіційні витрати) та виконанням Договору, складає 60%.**

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ:**

17.1. Суперечки, що виникають між Сторонами Договору, вирішуються шляхом переговорів.

17.2. Якщо Сторони по цьому Договору шляхом переговорів не дійшли згоди, то вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому законом України.

## **18. ІНШІ УМОВИ. ОСОБЛИВІ УМОВИ:**

18.1. На умовах Договору:

1) **Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором, на умовах, передбачених Договором. На умовах цього Договору під Асистуючою компанією розуміється визначена в Договорі (Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі)) спеціалізована служба, яка, діючи від імені та за дорученням Страховика, координує дії Застрахованої особи та третіх осіб, що надають послуги Застрахованій особі, при настанні страхового випадку під час подорожі чи безпосередньо забезпечує надання Застрахованій особі передбачених умовами Договору послуг під час подорожі (в залежності від обраної Програми), а саме служба, контактні дані та інформацію про яку визначено у п. 13, 19 Договору та/або Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі);

2) **Гостре захворювання** – стан організму, що виник знезапек і загрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи (за винятком загострення хронічного захворювання) і вимагає екстреної (швидкої) медичної допомоги, яку не можна відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться з подорожі;

3) **Гострий біль** – під гострим болем слід розуміти таку реакцію нервової системи на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи;

4) **Загострення хронічної хвороби** – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових у Застрахованої особи. Хронічне захворювання (хронічна хвороба) – хронічна форма перебігу хвороби або розладу здоров'я Застрахованої особи, що проявились (почалися) у Застрахованої особи до початку дії Договору та супроводжуються відкритим або прихованим порушенням фізичних, фізіологічних та психічних функцій всього організму або окремих його частин та можуть вимагати медичного контролю та лікування;

5) **Країна постійного місця проживання:** Україна або інша країна, громадянином якої є Застрахована особа або в якій Застрахована особа проживає в цілому не менше 183 днів впродовж календарного року;

6) **Необережність (груба необережність)** – форма вини, яка характеризується тим, що особа або передбачала можливість настання негативних наслідків своєї поведінки (збитків), але легковажно розраховувала на їх відвернення (ненастання), або не передбачала можливість таких наслідків, хоча повинна була або могла їх передбачити;

7) **Нешасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу, включаючи протиправні дії третіх



осіб, та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи, зокрема до травматичного пошкодження тканин організму Застрахованої особи з порушенням їх цілісності та функціональності, деформації та порушення опорно-рухового апарату, каліцтва або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, її загибелі (смерті). До таких подій (зовнішнього впливу) відносяться: випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла; утоплення; випадкове отруєння отруйними речовинами (крім харчового отруєння); поранення, травми, заподіяні внаслідок: тілесних ушкоджень, завданих іншою особою (протиправними діями третіх осіб), одержання опіку (крім сонячного), обмороження, ураження електричним струмом чи блискавкою, транспортної аварії (авіакатастрофи – при авіаційному перевезенні, дорожньо-транспортної пригоди – при автомобільному перевезенні, корабельної аварії – при морському або річковому перевезенні, залізничної аварії (катастрофи) – при залізничному перевезенні), пожежі, стихійного явища (землетрусу, цунамі, зсуву, повені, урагану та інших, настання яких буде підтверджене документально), контакту з представниками тваринного і рослинного світу (укуси тварин, укуси отруйних комах чи представників морської фауни, дія отруйних рослин, але крім випадків навмисного або необережного поводження з представниками тваринного і рослинного світу, в т.ч. їх годування, тримання, розведення й т.п.); невимушене падіння на Застраховану особу сторонніх предметів (частин будинків й т.п.) або інших зовнішніх подій, що призвели до травматичного пошкодження тканин організму Застрахованої особи з порушенням їх цілісності та функціональності, деформації та порушення опорно-рухового апарату, каліцтва або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, її загибелі (з урахуванням обмежень та виключень, встановлених відповідними умовами п. 15 Договору). Хвороби та їх наслідки, а також поступовий вплив зазначених вище факторів не вважаються нещасним випадком;

8) **Подорож** (поїздка) – це перебування за межами країни постійного місця проживання, а саме тимчасовий виїзд Застрахованої особи за межі країни постійного місця проживання Застрахованої особи в туристичних, оздоровчих, пізнавальних чи професійно-ділових цілях або з іншою метою, що не заборонена законодавством країни перебування;

9) **Програма страхування (Програма)** – це перелік лікувально-діагностичних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі в об'ємах та на умовах, передбачених Договором. Обрана за Договором Страхувальником Програма зазначається у відповідному пункті Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу);

10) **Раптове захворювання** – стан організму, що виник зненацька і погрожує життю та здоров'ю Застрахованої особи (за винятком загострення хронічних захворювань) і вимагає екстреної медичної допомоги, яку не можна відкласти до моменту, коли Застрахована особа повернеться з подорожі;

11) **Розлад здоров'я** – під розладом здоров'я належить розуміти безпосередньо пов'язаний з ушкодженням (травмою) послідовно розвинутий хворобливий процес;

12) **Страховий захист** – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами Договору;

13) **Тілесні ушкодження (травми)** – це ушкодження (травми), які полягають у порушенні анатомічної цілісності органів і тканин або їх фізіологічних функцій.

18.1.1. Інші відповідні терміни та визначення, передбачені Договором, встановлюються згідно відповідних Загальних умов Страхового продукту та законодавства.

18.2. Згідно умов статті 107 Закону України «Про страхування» Страхувальник має право на відмову від Договору (з урахуванням умов, вказаних в Договорі).

18.2.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

1) договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором;

3) випадків, визначених абзацом другим частини першої статті 97 Закону України «Про страхування», у яких Страхувальник має право відмовитися від договору страхування протягом 45 днів.

18.2.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі.

18.2.3. Порядок та строк повернення Страховиком страхової премії (її частини) в разі відмови Страхувальника від Договору:

18.2.3.1. Повернення страхової премії (її частини) в разі відмови Страхувальника від Договору:

- здійснюється виключно на підставі письмової заяви Страхувальника до Страховика за встановленою ним формою (форма відповідної заяви про намір відмовитися від Договору отримується у Страховика) та за умови повного заповнення та вказання всіх необхідних даних, передбачених формою такої заяви;

- здійснюється виключно в безготівковій формі за реквізитами, які мають бути письмом надані Страховику;

- не здійснюється, якщо наявна, сталася або була заявлена будь-яка подія, що має ознаки страхового випадку за цим Договором, та/або у випадках відмови у страховій виплаті по будь-яким випадкам.

18.2.3.2. Датою припинення Договору (відмови від Договору) є дата отримання Страховиком від Страхувальника письмової заяви про намір відмовитися від Договору за встановленою Страховиком формою. Рішення про припинення Договору оформлюється Страховиком в односторонньому порядку згідно внутрішніх процедур на підставі поданої письмової заяви Страхувальника про намір відмовитися від Договору та за результатами розгляду такої заяви у встановлені цим Договором строки.

18.2.3.3. Строк розгляду письмової заяви Страхувальника про намір відмовитися від Договору встановлюється в межах, визначених законодавством України для розгляду звернень громадян – не більше одного місяця з дати отримання відповідної заяви.

18.2.3.4. Строк повернення Страховиком страхової премії (її частини) – упродовж 30 календарних днів від дати завершення розгляду письмової заяви Страхувальника про намір відмовитися від Договору (оформлення відповідного рішення).

- 18.2.3.5. Сума повернення не може перевищувати суми сплаченої страхової премії по Договору (або сплаченої її частини).
- 18.2.4. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
- 18.2.5. Інші умови використання права на відмову від Договору. Сторони погодили, що:
- Страховик не приймає до розгляду заяву про відмову від Договору, якщо за цим Договором, Страхувальником (Застрахованою особою) чи за Договором наявна, сталася або була заявлена будь-яка подія, що має ознаки страхового випадку за цим Договором чи може бути віднесена за своїми ознаками, в т.ч. в майбутньому, до таких подій;
  - якщо Страхувальник не подав у встановлений законодавством та згідно умов цього Договору повідомлення про відмову від Договору, то після спливу такого строку будь-які подібні заяви не приймаються до розгляду Страховиком;
  - не приймаються до розгляду Страховиком будь-які повідомлення про припинення Договору, якщо вони здійснені не в письмовій формі та без урахування умов цього Договору щодо форми відповідної заяви та інших умов Договору;
  - не приймаються до розгляду Страховиком будь-які повідомлення про припинення Договору, якщо вони подані не Страхувальником;
  - якщо за Договором не сплачено страхову премію (її частину), то при відмові від Договору Страховик не повертає будь-які суми.
- 18.2.6. В будь-якому разі Страховик не несе відповідальність в рамках цього Договору за будь-які випадки, події чи завдану шкоду чи збитки (в т.ч. якщо вони будуть заявлятися Страховику), які сталися в період від дати укладання Договору до дати його припинення (дати відмови від Договору) через відмову Страхувальника від Договору. Якщо Страхувальник відмовиться від Договору, то Страховик не несе будь-яких зобов'язань щодо визнання подій страховими випадками чи будь-яких зобов'язань щодо здійснення страхових виплат в рамках та/або на умовах Договору.
- 18.3. Договором не передбачається відшкодування витрат, понесених Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків.
- 18.4. З питань, які не обумовлені чи не врегульовані цим Договором, Сторони цього Договору керуються Загальними умовами Страхового продукту та законодавством України. У випадку розбіжностей між положеннями Договору та Загальними умовами Страхового продукту перевага надається положенням Договору. Будь-які документи, які подані будь-якими особами Страховику чи іншим особам в якості договору страхування, укладеного на умовах даної оферти № 308/05-06/02-1.00 (в т.ч. по будь-яких випадках чи подіях, що будуть заявлятися як страхові), не вважаються Договором (Заявою-приєднання (Акцептом, Полісом)) та не приймаються до розгляду і Страховик не несе по ним будь-яких зобов'язань, якщо буде виявлено, що такі документи оформлені без застосування відповідного програмного комплексу (програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС)) Страховика та/або не зареєстровані в обліковій системі Страховика та/або містять ознаки підробки, фальсифікації й т.п. чи використовуються такими особами з метою неправомірного збагачення, страхового шахрайства й т.п. (наприклад, оформлені будь-яким іншим чином, ніж передбачено Страховиком згідно умов Договору, оформлені шляхом підробки й т.п.). При необхідності чинність полісу (факт його укладення) можливо перевірити шляхом звернення до Страховика (у робочий час та у робочі дні за телефонами, вказаними у п. 1 Договору, або надіславши запит на е-мейл Страховика: [utico@utico.ua](mailto:utico@utico.ua)).
- 18.5. Акцептування (погодження/підписання заяви) оферти Страхувальником є його підтвердження вчинення електронного правочину щодо укладення Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel» (договору приєднання) [оферти № 308/05-06/02-1.00], відповідно до Закону України «Про електронну комерцію». Акцепт (Заява-приєднання (Акцепт, Поліс) і Договір) оформлений в електронній формі і є електронним документом відповідно до Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію».
- 18.5.1. Страхувальник прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір:
- погоджується з усіма умовами оферти № 308/05-06/02-1.00 та визнає, що вони йому цілком зрозумілі та він з ними згоден;
  - надає згоду на отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень;
  - надає свою згоду на те, що його персональні дані (дані його уповноваженого представника) можуть бути передані/поширені/розкриті (у тому числі для їх подальшої обробки та використання) у зв'язку із реалізацією правовідносин у сфері страхування відповідно до Закону України «Про страхування» третім особам (зокрема розпорядникам Баз даних персональних даних (в разі їх наявності), страховим посередникам, страховим агентам, тощо). Страхувальник погоджується, що до його персональних даних (даних його уповноваженого представника) може бути наданий доступ третім особам за їх запитом, за умови взяття зазначеними особами зобов'язання щодо забезпечення виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», в порядку, передбаченому ст. 16 Закону України «Про захист персональних даних».
- 18.6. Усі заяви, передбачені умовами цього Договору, повинні здійснюватися Страхувальником (Вигодонабувачем, Застрахованою особою) у письмовій формі, а заява про припинення дії цього Договору – надсилається рекомендованим листом.
- 18.7. У випадках, передбачених Податковим кодексом України, Страховик утримує з суми страхової виплати податок на доходи фізичних осіб, використовуючи ставку податку, визначену Податковим Кодексом України.
- 18.8. Зміни та доповнення у цей Договір можуть бути внесені тільки за згодою Сторін по цьому Договору на підставі їх письмових заяв, шляхом укладання додаткової письмової угоди до цього Договору.
- 18.9. Сторони по цьому Договору зобов'язані повідомляти одна одну про всі зміни у своїй діяльності, які можуть мати вплив на виконання умов цього Договору.
- 18.10. Страховик ставить до відома Страхувальника, що він є резидентом України та має статус платника податку на прибуток у відповідності до вимог Податкового кодексу України.
- 18.11. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних»:

18.11.1. укладанням цього Договору Страхувальник надає свою згоду:

а) на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця, дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо), з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;

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

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

г) зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

д) реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та законодавства України;

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

18.11.3. Страхувальник надає Страховику право використовувати персональні дані з метою забезпечення реалізації відносин у сфері фінансових послуг та страхування, оподаткування, відповідно до законодавства України.

18.12. Всі зміни та доповнення до цього Договору мають юридичну силу, якщо вони оформлені в письмовому вигляді та підписані Сторонами. Недійсність окремої частини Договору не тягне за собою недійсність інших частин Договору, а також Договору в цілому, оскільки Сторони допускають, що Договір міг бути укладений і без включення в нього такої частини.

18.13. При припиненні дії цього Договору (індивідуальної частини) чи внесенні до нього (неї) змін у випадках та на умовах, передбачених п. 16 Договору, дія інших договорів страхування, укладених з іншими страхувальниками на підставі оферти № 308/05-06/02-1.00, не припиняється та їх умови не змінюються. Надання Страхувальнику (Застрахованій особі) інструкцій у зв'язку з будь-якими подіями з боку Страховика (Асистуючої компанії) не є підставою для визнання цієї події страховим випадком за Договором.

18.14. Страхувальник підтверджує, що:

- Договір укладено з власного волевиявлення Страхувальника, укладений та підписаний ним в спосіб, який зрозумілий Страхувальнику та з яким він погоджується, укладаючи Договір; про всі умови Договору Страхувальник повідомив Застрахованих осіб, а також ознайомив них з умовами страхування;

- з умовами страхування, в т.ч. які розміщені на сайті ПрАТ «УТСК» за адресою: <https://www.utico.ua>, та Загальними умовами Страхового продукту, на підставі яких укладено цей Договір, ознайомлений, їх розуміє та згоден з ними;

- отримав згоду Застрахованих осіб на їх страхування згідно умов законодавства, а також надав згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання його персональних даних та персональних даних таких Застрахованих осіб, про що відповідні Застраховані особи ним повідомлені та надали йому дозвіл та відповідні повноваження. Страхувальник надає дозвіл на обмін та передачу між Страховиком та його страховим посередником (страховим агентом) чи представником (Асистуючою компанією, лікарем-координатором тощо) своїх персональних даних та даних Застрахованих осіб з метою укладення та/або виконання, врегулювання, пролонгації цього Договору;

- про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений, а також повідомив Застрахованих осіб про такі умови;

- інформація згідно Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та згідно умов Закону України «Про страхування», в т.ч. яка розміщена на сайті ПрАТ «УТСК» за адресою <https://www.utico.ua> та доступна у представників Страховика (страхових посередників (страхових агентів)), йому надана та він з нею ознайомлений;

- про своє повне розуміння змісту запропонованих Страховиком умов страхування, значень, термінів і понять, усіх положень страхування, порядку укладення та підписання Договору, та що він розуміє, що шляхом підписання (укладання) Договору погоджується з усіма умовами, зазначеними в ньому;

- вся зазначена інформація та всі умови викладені в оферті (Договорі і Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі)) та Загальних умовах Страхового продукту йому зрозумілі; зазначена інформація не містить двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору; інформація, надана клієнту у спосіб, що не ускладнює розуміння суті фінансової послуги, її істотних умов та не створює враження, що клієнт не має права відмовитися від отримання фінансової послуги, без нав'язування її придбання;

- він виражає волевиявлення укласти Договір на запропонованих умовах та засвідчує, що погодження зі змістом оферти (Договору і Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) є його вільним волевиявленням, спрямованим на встановлення визначених у ньому правовідносин, а також правових наслідків, обумовлених Договором.

18.15. Страхувальник (Застраховані особи) прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір надає (надають) згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (Застрахованих осіб) (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником чи Страховиком повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків для виконання зобов'язань за Договором. Страхувальник (Застраховані особи) прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір надає (надають) згоду Страховику на використання даної



інформації (в тому числі записів телефонних розмов), іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника (Застрахованої особи) при врегулюванні страхових випадків за умовами цього Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за цим Договором. Підписанням цього Договору Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника (Застрахованої особи) (в тому числі запису телефонних розмов) з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та чинним законодавством з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України «Про інформацію» та іншими актами законодавства, що регулюють відносини в сфері інформації. Страхувальник прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір підтверджує, що належним чином проінформований, що для укладення Договору, до та/або під час його укладення, а також для його виконання Страховик, відповідно до законодавства, може (міг) залучати страхових посередників, котрі діють від імені Страховика і виконують частину його функцій, разом чи кожен окремо.

18.16. Укладанням і підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що йому повністю зрозумілі умови та зміст Договору, значення, поняття, терміни, що використовуються у Договорі, усі умови Договору, порядок його укладання та підписання.

18.17. Укладанням і підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що з усіма умовами страхування і інформацією, з якими він має бути ознайомлений та які йому мають бути надані згідно законодавства, в т.ч. перед укладенням Договору (зокрема, Інформаційний документ про стандартний страховий продукт, про страховика, страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового попередника, тощо), та умовами цього Договору він ознайомлений та згоден, а також підтверджує, що необхідна інформація була йому надана належним чином до укладення договору страхування та він з нею ознайомився (в т.ч. з інформацією, яка наведена у Додатку № 3 до Договору або Веб-сайті Страховика: <https://www.utico.ua>). Страхувальник своїм підписом цього Договору підтверджує факт ознайомлення всіх Застрахованих осіб з умовами цього Договору, зокрема умовами, які необхідно виконати при настанні страхового випадку (в т.ч. для отримання страхової виплати), а також підтверджує свою (їх) згоду на страхування згідно умов цього Договору.

18.18. Підписанням та укладанням Договору Страхувальник підтверджує, що належним чином проінформований, що для укладення Договору, до та/або під час його укладення, а також для його виконання Страховик, відповідно до законодавства, може (міг) залучати страхових посередників, котрі діють від імені Страховика і виконують частину його функцій, разом чи кожен окремо. Якщо страховий продукт реалізується через страхового попередника, то у відповідності до Закону України «Про страхування» інформація про страхового посередника надається Страхувальнику до укладення договору страхування.

18.19. Ідентифікація та верифікація споживача в ПрАТ «УТСК» здійснюється у відповідності до вимог Закону України від 28 квітня 2019 року № 361-ІХ «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» та Постанови Правління Національного банку України від 28 липня 2020 року № 107 «Про затвердження Положення про здійснення установами фінансового моніторингу». Страхувальник прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір здійснює підтвердження проходження Страхувальником ідентифікації, верифікації згідно вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», в т.ч., що Страхувальник (Застрахована особа) не є: публічним діячем або пов'язаною з ними особою або особою, що діє від його імені.

18.20. Договором окремо передбачається і Страхувальник прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір не заперечує проти умови, що якщо Договір укладається із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) Страховика або його уповноваженого представника (страхового посередника, що діє на підставі відповідного договору доручення), то факт укладення Договору може посвідчуватись документом (полісом, заявою-приєднання тощо), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у електронній формі для укладення Договору, що буде вважатись сторонами електронною заявою. При цьому сформований ІТС документ (поліс, заява-приєднання тощо) направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації відповідного страхового агента. При цьому дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення сформованого в ІТС документу (полісу, заяви-приєднання тощо) та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим посередником, страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового посередника, страхового агента). При цьому, Сторони передбачають, що:

- відправка сформованого в ІТС документу (полісу, заяви-приєднання тощо) та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням сформованого в ІТС документу (полісу, заяви-приєднання тощо) / повідомлення Страхувальнику про укладення Договору. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням на підставі відповідної письмової заяви Страхувальника;

- сформований в ІТС документ (поліс, заяви-приєднання тощо), який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки

Страховика, відображеної в даному документі, або може підписуватись шляхом використання електронного підпису згідно законодавства, коли Страховик накладає електронний цифровий підпис уповноваженої особи Страховика.

18.21. Цей Договір укладається українською мовою з його перекладом на англійську мову. У випадку будь-яких спорів по Договору чи будь-яких розбіжностей між українським текстом Договору та його перекладом на англійську мову, текст Договору українською мовою має перевагу над текстом його перекладу на англійську мову.

18.22. Суперечки, що виникають між Сторонами Договору, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосагнення згоди – в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

18.23. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати або страхового відшкодування, якщо виконання таких обов'язків, в тому числі з здійснення такої страхової виплати або страхового відшкодування призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії, США або України чи інших країн світу.

18.24. Укладанням Договору, Страховальник безумовно та без обмежень погоджується з можливістю використання в договірних відносинах з ним (в т.ч. в рамках даного Договору та у відповідності до п. 3 статті 207 Цивільного кодексу України) та при здійсненні переписки з ним, в т.ч. і ділової, на рівні з аналогом особистого підпису, і факсимільне відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів електронного або іншого копіювання, в т.ч. відображення відтвореного аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) та відтворення відображення печатки Страховика (або у встановлених Страховиком випадках застосування умов накладання електронного цифрового підпису уповноваженої особи Страховика).

18.24.1. Зразки підпису уповноваженої особи Страховика та відображення печатки Страховика:

Зразок  
підпису:

Зразок  
печатки:



18.25. При настанні події, яка має ознаки страхового випадку, Страховальник (Застраховані особи) зобов'язаний (зобов'язані) діяти відповідно до умов оферти (Договору) щодо умов розділу «Дії при настанні страхового випадку. Перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитків)».

18.26. Можливість страхування осіб віком менше 1 (одного) року або старше 65 (шістдесяти п'яти) років на мент укладання Договору, а також осіб, які не відповідають умовам Декларації, розглядається в ПрАТ «УТСК» виключно через проведення індивідуального андеррайтингу та при безпосередньому зверненні до відповідного підрозділу з продажів страхових продуктів ПрАТ «УТСК».

18.27. Інформація щодо порядку розгляду звернень споживачів Страховиком, уключаючи інформацію про уповноважені державні органи (уключаючи Національний банк України), до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг, наведена у Додатку № 3 до Договору. Також у Додатку № 3 до Договору наведена додаткова інформація для Страховальника згідно вимог законодавства України.

**18.28. Відомості, необхідні споживачу для сплати страхової(их) премії(й), уключаючи код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), міжнародний номер банківського рахунку (IBAN) Страховика або страхового посередника для сплати страхової(их) премії(й), надаються Страховальнику у відповідному рахунку при укладенні Договору, якщо договором страхування передбачена сплата страхової (их) премії(й) в безготівковій формі. Якщо такий документ не видається, то відповідні відомості зазначені в п. 20 Договору в реквізитах Страховика або безпосередньо визначаються в електронних платіжних сервісах, через які пропонується здійснити оплату страхової премії при укладенні договору страхування з використанням програмних комплексів Страховика або його страхового посередника (зокрема, LiqPay). Порядок повідомлення споживача про зміну такого рахунку (якщо умовами договору страхування передбачено сплату страхової премії періодичними платежами): відповідні повідомлення здійснюється або шляхом направлення відповідного інформаційного повідомлення Страховальнику (на е-мейл або телефон по контактним даним Страховальника, які він залишив при укладенні Договору) та/або така інформація розміщуються на Веб-сайті Страховика, де з нею Страховальник також може ознайомитись, зокрема самостійно.**

18.29. Інформація про те, чи є договір страхування додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими: даний Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

18.30. Інформація про те, чи можливе продовження строку дії договору страхування та посилання на інформацію, де визначено умови продовження строку дії договору страхування (якщо умовами такого договору передбачено можливість продовження його строку дії): продовження даного Договору не здійснюється автоматично. Продовження умов страхування, визначених цим Договором, можливо виключно шляхом укладення нового договору страхування за даним страховим продуктом, які будуть чинними на дату укладення такого нового договору страхування. Для укладення нового договору страхування після завершення строку дії цього Договору потрібно звернутись до ПрАТ «УТСК».

18.31. Особливі умови: НІ - окремі особливі умови не застосовуються в рамках Договору.

18.32. ДОДАТКИ. Невід'ємною частиною цього Договору є:

- Додаток № 1 – Форма текстового шаблону Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу). Цей шаблон реалізується в залежності від умов налаштування даної форми із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) Страховика (його партнерів, агентів).
- Додаток № 2 – Тарифна політика, що використовується для договорів страхування за Програмою «E-Travel» (в рамках оферти № 308/05-06/02-1.00).
- Додаток № 3 – Додаткова інформація для Страхувальника згідно вимог законодавства України.

## 19. КОНТАКТНІ ДАНІ АСИСТУЮЧОЇ КОМПАНІЇ: Асистуюча компанія ENSURIA OPERATIONS.

Основні способи звернення до контакт-центру Асистуючої компанії ENSURIA OPERATIONS для обслуговування клієнтів. Обслуговування клієнтів здійснюється на мові клієнта, первинно - українською мовою:

### 1. Основний багатоканальний цілодобовий телефон:

**+38 044 39 000 10** (вартість дзвінків згідно тарифів Вашого оператора зв'язку).

2. Електронна пошта: [care@ensuria.com](mailto:care@ensuria.com) або Телеграм: <https://ensuria.me/telegram>.

Для отримання консультацій з питань страхування або якщо потрібна будь-яка додаткова інформація, будь ласка, звертайтеся до ПрАТ «Українська транспортна страхова компанія.»:

Тел. / факс: **+38 (044) 303 97 70** (у робочі час з 9:00 до 18:00 та у робочі дні).

Електронна адреса: [event@utico.ua](mailto:event@utico.ua), сайт: <https://www.utico.ua>.

Для листування (поштових відправлень): 01033, м. Київ, вул. Саксаганського, 77, отримувач ПрАТ «УТСК».

## 20. ПІДПИС СТРАХОВИКА:

**Приватне акціонерне товариство «Українська транспортна страхова компанія.» (ПрАТ «УТСК»):**

в особі Голови Правління Григорюка Андрія Леонідовича, який діє на підставі Статуту.

Місцезнаходження: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033.

Банківські реквізити: п/р UA393052990000026504030100769 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

МФО 305299, код ЄДРПОУ: 22945712.

Дані про страхового посередника згідно законодавства (місцезнаходження тощо) (якщо страховий посередник був залучений до реалізації договору страхування), або дані місцезнаходження відокремленого підрозділу Страховика або страхового посередника (якщо договір страхування було укладено в такому відокремленому підрозділі):

- Страховий посередник не залучається до реалізації чи укладення Договору. При залученні таких осіб їх дані можуть визначатись у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), що є індивідуальною частиною договору.

- Договір укладається із залученням працівника підрозділу Страховика до реалізації договору страхування: Головний Офіс ПрАТ «УТСК», працівник (ПІБ, посада):

Договір укладається із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) Страховика (його партнерів, агентів). При залученні інших осіб їх дані можуть визначатись у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), що є індивідуальною частиною договору.

Підписувач, Голова Правління: Григорюк Андрій Леонідович / або іншої особи, уповноваженої Страховиком на підписання кваліфікованим електронним підписом договорів страхування, про що зазначається у відповідному документі.

Голова Правління Григорюк А.Л.

Підпис

МП

Даний документ підписано кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком на підписання договорів страхування:

Підписувач, КЕП: Григорюк Андрій Леонідович, Організація: ПрАТ «УТСК»

Для перевірки: Ви можете перевірити факт підписання отриманого файлу на сайті <https://czo.gov.ua/verify>



до Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel» (договору приєднання)  
[оферти № 308/05-06/02-1.00] Форма шаблону Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)

# **ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (АКЦЕПТ, ПОЛІС) / JOINING APPLICATION (ACCEPTANCE, POLICY) / TRAVEL INSURANCE CONTRACT**

Серія TE № \_\_\_\_\_.

Дата підписання (укладання) Договору / Date of agreement issue \_\_\_\_\_ р.  
до Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»  
(договору приєднання) [оферти № 308/05-06/02-1.00 від 13.05.2024 року] (електронні  
продажі) / to the "E-Travel" medical expenses insurance contract for persons traveling abroad  
(accession contract) [offer No. 308/05-06/02-1.00 dated 13.05.2024] (electronic sales)



Код 308/05-06/02-1.00

(номер Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) та дата підписання Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) – дата підписання вважається датою прийняття (акцепту) пропозиції укласти Договір) / the number of the Application for Accession (Acceptance, Policy) and the date of signing the Application for Accession (Acceptance, Policy) - the date of signing is considered the date of acceptance (acceptance) of the offer to conclude the Agreement)

Редакцію даного шаблону документу введено в дію Наказом ПрАТ «УТСК» № 19 від «13» травня 2024р. Редакція: v.1-2024. Строк дії даної редакції цього шаблону: з «14» травня 2024р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»). Стандартний страховий продукт «Страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»: код 308/05-06 (Стандартний продукт для електронних продаж). Клас страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Клас страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» / The revision of this document template was put into effect by the Order of PrJSC "UTSK" No. 19 of "13" May 2024. Edition: v.1-2024. The validity period of this edition of this template: from "14" May 2024. until the moment of cancellation or publication in a new version (according to the terms of the relevant Order on PrJSC "UTSK"). Standard insurance product "Insurance of medical expenses of persons traveling abroad "E-Travel": code 308/05-06 (Standard product for electronic sales). Insurance class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who are in a difficult situation during the journey" and Insurance class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)".

Підписанням (акцептуванням) цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) Страхувальник, вказаний у п. 2 цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), приймає в цілому всі умови Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel» (договору приєднання) [ОФЕРТА № 308/05-06/02-1.00 від 13.05.2024 р.] (надалі чи по тексту – Договір, оферта № 308/05-06/02-1.00), та відповідно до умов статей 634, 638, 641 Цивільного кодексу України приєднується до Договору шляхом підписання (акцептування) цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), яка вважається індивідуальною частиною договору страхування для такої особи. Підписанням (акцептуванням) цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) Страхувальник підтверджує прийняття (акцепт) повністю та безумовно в розумінні статті 642 Цивільного кодексу України пропозиції Страховика укласти Договір на умовах, вказаних у цій Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) та Договорі, а також виражає своє волевиявлення укласти Договір. Ця Заява-приєднання (Акцепт, Поліс) є невід'ємною частиною Договору. Повний текст Договору [оферти № 308/05-06/02-1.00] розміщено на сайті ПрАТ «УТСК» за адресою: <https://www.utico.ua> / By signing (accepting) this Joining Application (Acceptance, Policy), the Insured, specified in clause 2 of this Joining Application (Acceptance, Policy), accepts in general all the terms of the E-Travel Medical Expenses Insurance Contract (accession agreement) [OFFER No. 308/05-06/02-1.00 dated 13.05.2024] (hereinafter referred to as the Agreement, offer No. 308/05-06/02-1.00), and in accordance with the terms of articles 634, 638, 641 of the Civil Code of Ukraine joins the Contract by signing (accepting) this Joining Application (Acceptance, Policy), which is considered an individual part of the insurance contract for such a person. By signing (accepting) this Joining Application (Acceptance, Policy), the Insured fully and unconditionally confirms the acceptance (acceptance) within the meaning of Article 642 of the Civil Code of Ukraine of the Insurer's offer to enter into an Agreement on the terms specified in this Joining Application (Acceptance, Policy) and the Agreement, and also expresses its will to conclude the Agreement. This Joining Application (Acceptance, Policy) is an integral part of the Agreement. The full text of the Agreement [offer No. 308/05-06/02-1.00] is posted on the website of PrJSC "UTSK" at the address: <https://www.utico.ua>.

**1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство «Українська транспортна страхова компанія.» (ПрАТ «УТСК», UTICO), в особі / INSURER: Private joint-stock company "Ukrainian Transport Insurance Company." (PJSC "UTSK", UTICO), in person:**

Голови Правління Григорюка Андрія Леонідовича, який діє на підставі Статуту. Банківські реквізити: п/р UA39305299000026504030100769 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», МФО 305299, код ЄДРПОУ 22945712 / The Chairman of the Board is Grigoryuk Andrii Leonidovych, who acts on the basis of the Charter. Bank details: P/R UA39305299000026504030100769 in JSC CB "PRIVATBANK", MFI 305299, EDRPOU code 22945712.

**Контактна інформація Страховика / Contact information of the Insurer:**

місцезнаходження: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033 / location: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033.

Телефон/ Phone: [+38 \(044\) 303-97-70](tel:+380443039770), [0 800 330 783](tel:+380800330783) (по Україні / across Ukraine). E-mail: [office@utico.ua](mailto:office@utico.ua)

Веб-сайт / Website: <https://www.utico.ua> (офіційний сайт); <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>

<b>КОНТАКТИ АСИСТУЮЧОЇ КОМПАНІЇ / CONTACTS OF THE ASSISTING COMPANY:</b>				
Якщо стався страховий випадок / If an insured event has occurred:				
Звертайтеся / Contact us: <b>+38 044 39 000 10</b> (вартість дзвінків згідно тарифів Вашого оператора зв'язку / the cost of calls according to the tariffs of your telecommunications operator).				
<b>АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ (ASSISTING COMPANY) ENSURIA OPERATIONS.</b>				
Для відправки повідомлень: <a href="mailto:care@ensuria.com">care@ensuria.com</a> або Телеграм <a href="https://ensuria.me/telegram">https://ensuria.me/telegram</a>				
<b>2. СТРАХУВАЛЬНИК / INSURANT (ПІБ або назва підприємства / Surname, initials or firm's name):</b>				
<b>УКР:</b>				
<b>ENG:</b>				
<b>ПІН/код ЄДРПОУ / ITN/USREOU:</b>				
<b>Дата народження (фізичної особи) /Date of birth:</b>		<b>р.</b>		
<b>Адреса / Address:</b>				
<b>Телефон, е-мейл / Phone, e-mail:</b>				
<b>3. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ / INSURED PERSONS:</b>		<b>Кількість застрахованих осіб / Quantity of Insureds persons:</b>		
(Вказується ПІБ, паспорт, дата народження, адреса, ПІН / It is indicated Surname, passport, Date of birth, address, ITN (ENG/UKP))		<b>Список додається / List of the insureds is attached (TAK/HI / YES/NO):</b>		
<b>1.</b>				
<b>2.</b>				
<b>3.</b>				
<b>4.</b>				
<b>5.</b>				
<b>4. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ТА ІНШІ ОБРАНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ЗА ДОГОВОРОМ/ Insurance program and other selected insurance conditions for the Insured person under the Agreement:</b>				
<b>4.1. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ / Programme of insurance:</b>				
Опис програм наведено у п. 9 Договору / The description of the programs is given in Clause 9 of the Agreement.				
<b>4.2. БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ (Б) / Continuous insurance (TAK/HI / YES/NO):</b>				
<b>4.3. ПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ (П) / Intermittent insurance (TAK/HI / YES/NO):</b>				
<b>4.4. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ / Coverage area:</b>				
<b>4.5. КРАЇНА ПЕРЕБУВАННЯ / Insurance territory:</b>				
<b>4.6. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ / Additional terms of insurance</b>	<b>Туризм/ Tourism (TAK/HI / YES/NO):</b>			
	<b>Спорт/ Sport (TAK/HI / YES/NO):</b>			
	<b>Робота/навчання / Employment/studies (TAK/HI / YES/NO):</b>			
	<b>Активний відпочинок / Aktiv Recreation (TAK/HI / YES/NO):</b>			
<b>4.7. УМОВИ ДЛЯ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ (пов'язані з наданням допомоги (асистанс)) / CONDITIONS FOR MEDICAL EXPENSES INSURANCE (related to the provision of assistance (assistance)):</b>				
<b>4.7.1. СТРАХОВА СУМА МЕДВИТРАТИ НА КОЖНОГО / Sum insured per one Med.expens:</b>		<b>Страхова сума у валюті</b>		
<b>4.7.2. Страховий тариф/платіж медвитрати/ Insurance rate/payment Med.expens:</b>		<b>Тариф:</b>	<b>%</b>	<b>Платіж:</b> <b>грн.</b>
<b>4.7.3. Франшиза по кожному страховому випадку на кожну Застраховану особу / Deductibles:</b>		<b>Сума франшизи у валюті</b>		
<b>4.8. УМОВИ ДЛЯ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (НВ) /Accident of insurance (NV):</b>				
<b>4.8.1. Страхова сума по НВ на кожного / Sum Insured NV per one:</b>		<b>грн.</b>		
<b>4.8.2. Страховий тариф/платіж по НВ / Insurance rate/payment NV:</b>		<b>Тариф:</b>	<b>%</b>	<b>Платіж:</b> <b>грн.</b>
<b>4.9. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА ДОГОВОРОМ / Insurance payment under the Contract:</b>		<b>грн.</b>		
<b>5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ / CONTRACT TERM:</b>	<b>Кількість застрахованих днів / Quantity of insured days:</b>			
	<b>Договір діє (період страхування) / Agreement validity (insurance period):</b>			
	<b>з/since</b>	<b>р.</b>	<b>по/to</b>	<b>р.</b>
<b>6. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ / PROCEDURE AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PAYMENT:</b> Страховий платіж по Договору є одноразовим і сплачується одразу по всіх Застрахованих особах в повному обсязі за весь строк дії Договору на рахунок Страховика до 24-00 години дати, вказаної у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), як дата підписання Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) / The insurance				

payment under the Agreement is a one-time payment and is paid immediately for all Insured persons in full for the entire duration of the Agreement to the account of the Insurer by 24:00 on the date specified in the Joining Application (Acceptance, Policy), as the date of signing the Joining Application (Acceptance, Policy).

**7. ВИГОДОНАБУВАЧ / Beneficiary:** згідно умов п. 5 Договору / in accordance with the terms of Clause 5 of the Agreement.

**8. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ / SUBJECT OF INSURANCE. OBJECT OF INSURANCE:**

**Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором / The subject of the Agreement is the transfer by the Insured for a fee of the risk associated with the object of insurance to the Insurer under the conditions specified in the Agreement. **Об'єктом страхування** за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, вказаної в п. 3 цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), та її можливі збитки чи витрати, пов'язані з наданням допомоги (асистанс) такій Застрахованій особі, яка потрапила у скрутне становище під час здійснення нею Подорожі (надання медичної, транспортної, адміністративної та юридичної допомоги під час її Подорожі за межами країни постійного місця проживання Застрахованої особи, відшкодування яких передбачається умовами Договору (в залежності від умов страхового покриття (страхового захисту) за Програмою, яка обрана Страхувальником при укладенні Договору) / The object of insurance under the Contract is the life, health, and working capacity of the Insured person specified in Clause 3 of this Application-joining (Acceptance, Policy), and his possible losses or expenses related to the provision of assistance (assistance) to such Insured to a person who got into a difficult situation during his Trip (providing medical, transport, administrative and legal assistance during his Trip outside the country of permanent residence of the Insured Person, the compensation of which is provided by the terms of the Agreement (depending on the conditions of insurance coverage (insurance protection ) according to the Program chosen by the Insured when concluding the Agreement).

**9. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ / INSURANCE CASES. LIST OF INSURANCE**

**RISKS:** Відповідні умови визначено у п. 8 Договору / The relevant conditions are defined in Clause 8 of the Agreement.

**10. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ / CONTRACT CONCLUSION PROCEDURE.** Порядок укладання

Договору визначено в п. 7 Договору / The procedure for concluding the Agreement is defined in Clause 7 of the Agreement.

**11. ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ДОГОВОРУ, ПЕРІОД (ПЕРІОДИ) СТРАХУВАННЯ (СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ):**

Відповідні умови визначено у п. 11 Договору / The relevant conditions are defined in Clause 11 of the Agreement.

**12. ІНШІ УМОВИ / MISCELLANEOUS:**

12.1. **Інші умови страхування** (в т.ч. права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору; порядок вирішення спорів; порядок внесення змін і припинення дії договору страхування; порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат; причини відмови у страховій виплаті; перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування; тощо) встановлені умовами Договору [Оферта № 308/05-06/02-1.00]. Оферта розміщена на Сайті Страховика: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti> / **Other insurance conditions** (including the rights and obligations of the parties and responsibility for non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the contract; the procedure for resolving disputes; the procedure for amending and terminating the insurance contract; the procedure for calculating, conditions and terms for making insurance payments; reasons for refusal in the insurance payment; the list of exceptions from insurance cases; etc.) are established by the terms of the Agreement [Offer No. 308/06/02-1.00]. The offer is posted on the Insurer's website: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

12.2. **Зразки підпису уповноваженої особи Страховика та відображення печатки Страховика.** Укладанням Договору, Страхувальник безумовно та без обмежень погоджується з можливістю використання в договірних відносинах з ним (в т.ч. в рамках даного Договору та у відповідності до п. 3 статті 207 Цивільного кодексу України) та при здійсненні переписки з ним, в т.ч. і ділової, на рівні з аналогом особистого підпису, і факсимільне відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів електронного або іншого копіювання, в т.ч. відображення відтвореного аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) та відтворення відображення печатки Страховика (або у встановлених Страховиком випадках застосування умов накладання електронного цифрового підпису уповноваженої особи Страховика).

**Зразки підпису уповноваженої особи Страховика та відображення печатки Страховика:**

**Зразок підпису:**


**Зразок печатки:**



**12.3. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРО ДОБРИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я:** Я,

Страхувальник (Застрахована особа) за Договором, повідомляю, що на момент укладання та підписання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)), я (Застрахована особа) є повністю працездатним (працездатною) (не є інвалідом I, II, III групи); не страждаю (не страждає) на хвороби серцево-судинної системи, неврологічні чи/або психічні порушення; не перебував (не перебувала) протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів, та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я (стан здоров'я Застрахованої особи) не потребує регулярного контролю або лікування, а також я (Застрахована особа) не маю (не має) медичних протипоказань чи інших обмежень чи заборон щодо можливості здійснювати Подорож та/або виїжджати за кордон чи подорожувати, в т.ч. окремими видами транспорту. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), підтверджую і не заперечую, що всі відомості, подані мною для укладання Договору та вказані у Договорі (Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі)) (в т.ч. відносно стану здоров'я), є достовірними, правдивими та є невід'ємною частиною Договору і, у разі неправдивості вищезазначеної інформації,



<p>ПрАТ «УТСК» має право відмовити у здійсненні страхової виплати, про що я належним чином поінформований. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), у разі настання страхового випадку надаю згоду на розкриття лікарської таємниці та дозволяю будь-якому лікарю (закладу охорони здоров'я), який володіє будь-якою медичною інформацією щодо стану мого здоров'я або стану здоров'я інших Застрахованих осіб, надати її ПрАТ «УТСК» для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), підтверджую, що несу повну відповідальність за правдивість даних, які я підтверджую згідно умов даної Декларації як відносно себе, так і інших Застрахованих осіб.</p> <p>12.4. Договір розроблений на підставі Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (введені в дію Наказом № 74 від 29.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 308) та Загальних умов Страхового продукту Клас страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (введені в дію Наказом № 60 від 22.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 101) (по тексту - Загальні умови Страхового продукту) та у відповідності до наявної у ПрАТ «УТСК» ліцензії за відповідними класами страхування. З питань, які не врегульовані Договором, Сторони керуються положеннями законодавства України та Загальних умов Страхового продукту. Договір укладено із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) Страховика (його партнерів, агентів).</p>	
<p><b>СТРАХУВАЛЬНИК / INSURANT:</b></p> <p>- Договір укладено з мого власного волевиявлення; з повним текстом умов страхування за Договором [оферта № 308/05-06/02-1.00], що розміщені на сайті Страховика (<a href="https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti">https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti</a>), та Загальними умовами Страхового продукту у повному обсязі ознайомлений та згоден, зобов'язуюсь їх виконувати.</p> <p>- Надаю згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання персональних даних. Про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений. Підтверджую, що інформація згідно Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та передбачена Законом України «Про страхування», у т.ч. яка розміщена за адресою: <a href="https://www.utico.ua">https://www.utico.ua</a>, мені надана та я з нею ознайомлений. Підтверджую, що інформація, надана мені, як клієнту у спосіб, що не ускладнює розуміння суті фінансової послуги, її істотних умов та не створює враження, що я як клієнт не маю права відмовитися від отримання фінансової послуги, без нав'язування її придбання.</p>	
<p><b>ПІБ, підпис Страхувальника / Full name, signature of the Insured:</b></p>	
<p><b>ПІБ Страхувальника / Full name of the Insured:</b></p>	<p><b>Підпис / Signature of the Insured:</b></p> <p>(підпис Страхувальника у вигляді використаного ним для електронного підпису одноразового ідентифікатору, наданого (надісланого) йому відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» в рамках укладення Договору) / (signature of the Insured in the form of the one-time identifier used by him for the electronic signature, provided (sent) to him in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" as part of the conclusion of the Agreement)</p>
<p><b>ПІБ, підпис представника ПрАТ «УТСК» / Full name, signature of the representative of PrJSC "UTSK":</b></p> <p>Відповідно до умов Договору та ст. 207 ЦКУ Сторони домовились, що використання факсимільного відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів електронного або іншого копіювання, або іншого аналогу власноручного підпису та печатки, визнається Страхувальником як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика. Відповідні зразки підпису та печатки наведені в Договорі (оферті) / In accordance with the terms of the Agreement and Art. 207 of the CCU The Parties agreed that the use of a facsimile reproduction of the Insurer's authorized person's signature using electronic or other copying means, or another analogue of the Insurer's signature and seal, is recognized by the Insured as the original signature of the Insurer's authorized person sealed with the Insurer's seal. The relevant samples of the signature and seal are given in the Agreement (offer)..</p>	
<p><b>Представник Страховика / Representative of the Insurer:</b></p> <p><b>Голова Правління ПрАТ «УТСК» / Head The Board of PrJSC "UTSK"</b></p> 	<p>Даний документ підписано кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком на підписання договорів страхування / This document is signed by a qualified electronic signature of a person authorized by the Insurer to sign insurance contracts:</p> <p>Для перевірки: Ви можете перевірити факт підписання отриманого файлу на сайті / To check: You can check the fact of signing the received file on the website: <a href="https://czo.gov.ua/verify">https://czo.gov.ua/verify</a></p> <p>Підписувач, КЕП / Signatory, KEP: _____,</p> <p>Organization: _____.</p>
<p><b>Страховий захист надається відповідно до "Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб" / Insurance coverage is provided accordingly to "Decision of the European Union Council 2004/17/EG about the travel medical insurance"</b></p>	

Додаток № 2  
до Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»  
(договору приєднання) [оферти № 308/05-06/02-1.00]

Тарифна політика, що використовується для договорів страхування за Програмою «E-Travel» (в рамках оферти № 308/05-06/02-1.00)

1. Страхова сума, страхова премія (страховий платіж) встановлюються шляхом вибору Страхувальником при укладенні Договору умов однієї з Програм у відповідності до нижченаведених варіантів по відповідній Програмі та в залежності від строку страхування. Розмір страхової суми за Договором визначається при укладенні Договору по відповідним умовам страхування за кожним класом страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків) і зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) на кожну Застраховану особу у відповідності до нижченаведених варіантів по відповідній Програмі:

Таблиця 1.

КЛАС СТРАХУВАННЯ 18: «СТРАХУВАННЯ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ ДОПОМОГИ (АСИСТАНС) ОСОБАМ, ЯКІ ПОТРАПИЛИ У СКРУТНЕ СТАНОВИЩЕ ПІД ЧАС ЗДІЙСНЕННЯ ПОДОРОЖІ»				
Страхування медичних витрат				
ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «E-Travel» MINIMUM (eBm):				
Строк страхування, днів	Страхова сума по страхуванню медичних витрат (страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) (USD/EUR)			
	30 000		50 000	
	Страхові премії (страхові платежі) (в залежності від валюти страхової суми)***			
	USD	EUR	USD	EUR
*Безперервне страхування (Б), за одну добу				
1-15	0,38	0,35	0,41	0,38
16-30	0,35	0,32	0,38	0,35
31-60	0,27	0,25	0,34	0,31
61-365	0,22	0,20	0,25	0,23
**Перервне страхування (П), за весь строк дії Договору				
90/30	11,4	10,49	12,3	11,32
180/60	21,0	19,32	22,8	20,98
365(6)/90	31,5	28,98	34,2	31,46
365(6)/180	40,15	36,50	45,63	41,98
ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «E-Travel» STANDART (eBs):				
Строк страхування, днів	Страхова сума по страхуванню медичних витрат (страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) (USD/EUR)			
	30 000		50 000	
	Страхові премії (страхові платежі) (в залежності від валюти страхової суми)***			
	USD	EUR	USD	EUR
*Безперервне страхування (Б), за одну добу				
1-15	0,48	0,44	0,51	0,47
16-30	0,45	0,41	0,48	0,44
31-60	0,34	0,31	0,43	0,40

61-365	0,27	0,25	0,31	0,29
<b>**Перервне страхування (П), за весь строк дії Договору</b>				
90/30	14,4	13,25	15,3	14,08
180/60	27,0	24,84	28,8	26,50
365(6)/90	40,5	37,26	43,2	39,74
365(6)/180	44,5	41,26	47,2	43,74

Таблиця 2.

<b>КЛАС СТРАХУВАННЯ 1: «СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (У ТОМУ ЧИСЛІ НА ВИПАДОК ВИРОБНИЧОЇ ТРАВМИ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ)»</b> <b>Страхування від нещасних випадків</b>				
Строк страхування, днів	Страхова сума при страхуванні від нещасних випадків (грн.)			
	1 000	3 000	5 000	10 000
	Страхові премії (страхові платежі)			
	грн.	грн.	грн.	грн.
<b>*Безперервне страхування (Б), за одну добу</b>				
1-15	2,85	3,00	3,20	3,45
16-30	2,60	2,80	3,00	3,25
31-60	2,35	2,55	2,75	2,95
61-365	1,30	2,00	2,55	2,70
<b>**Перервне страхування (П), за весь строк дії Договору</b>				
90/30	85,00	90,00	95,00	110,00
180/60	150,00	165,00	180,00	195,00
365(6)/90	215,00	230,00	250,00	275,00
365(6)/180	295,00	315,00	335,00	365,00

**\* При безперервному страхуванні** дія Договору триває протягом кількості зазначених в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) застрахованих днів (тобто страховий захист (страхове покриття) надається у відповідності зі строком страхування, що вказаний в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), на визначену кількість застрахованих днів). У випадку використання всіх застрахованих днів (кількість використаних застрахованих днів визначається шляхом підсумовування днів перебування за межами території України в період дії Договору) Договір вважається таким, що закінчився у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі. **Згідно умов цієї Програми мінімальний строк поїздки при безперервному страхуванні складає 3 дні, тобто мінімально договір страхування може оформлюватись на строк не менше трьох днів. Максимальний строк страхування – не більше 365(6) днів.**

**\*\* При перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається:

- а) **при 90/30 – при тримісячному перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається на строк в загальній кількості до 30 днів на протязі трьох місяців, за умови, що тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу;
- б) **при 180/60 – при піврічному перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається на строк в загальній кількості до 60 днів на протязі півріччя, за умови, що тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу;
- в) **при річному перервному страхуванні** страховий захист (страхове покриття) надається на строк в загальній кількості:
  - **при 365(6)/90** – до 90 днів на протязі року, за умови, що тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу;
  - **при 365(6)/180** – до 180 днів на протязі року, за умови, що тривалість подорожей за кожне півріччя не перевищуватиме 90 днів, а тривалість однієї подорожі не перевищуватиме 21 добу.

Обмеження в 21 добу за одну подорож не стосується студентів, які офіційно навчаються (студентська віза), та осіб, які мають офіційне працевлаштування (робоча віза) за кордоном. В будь-якому випадку страховий захист (страхове покриття) діє та надається в кількості днів, що не перевищує кількість застрахованих днів, вказаних в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) (застрахованих днів перебування за кордоном згідно умов Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу))).



**\*\*\* страхові платежі сплачуються за офіційним курсом Національного банку України на дату укладення Договору.**

**2. Розмір страхової премії (страхового платежу) за Договором (Заявою-приєднання (Акцептом, Полісом))** дорівнює сумі страхових премій (страхових платежів) за відповідними класами страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків) та визначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). Страхова премія (страховий платіж) за кожним класом страхування на кожну Застраховану особу розраховується відповідно до умов даної Тарифної політики. Розмір страхового тарифу визначається окремо за кожним класом страхування при укладенні Договору і зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). В будь-якому разі розмір страхової премії (страхового платежу) при страхуванні медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) на одну Застраховану особу не може бути меншим 100,00 грн. Тобто, якщо розмір страхової премії (страхового платежу) при страхуванні медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) на одну Застраховану особу, який розрахований згідно умов Тарифної політики, виявиться меншим за 100,00 грн., то страхова премія (страховий платіж) встановлюється в розмірі 100,00 грн. при страхуванні медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) на одну Застраховану особу, а відповідний страховий тариф вказується у відповідних умовах Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу).

**3. Порядок розрахунку страхових премій (страхових платежів) по відповідним умовам страхування за кожним класом страхування (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі, та по страхуванню від нещасних випадків):**

**а) Для умов безперервного страхування:**

**Страховий платіж для безперервного страхування (Пб)** розраховується за наступною формулою:  $P_b = ((P_{d1} * K_{nbu} + P_{d2}) * K_n * K_d) * K_a$ ,

де **Пд1** – платіж за одну добу (в залежності від валюти, розміру страхової суми та строку страхування) по страхуванню медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі), зазначений в Таблиці 1, для Програм «E-Travel» MINIMUM (eBm) або «E-Travel» STANDART (eBs) (крім перервного страхування); **Пд2** – платіж за одну добу при страхуванні від нещасних випадків, зазначений в Таблиці 2 (якщо умови страхування по страхуванню від нещасних випадків обираються при укладенні Договору); **Kn** – відповідний коригуючий коефіцієнт; **Kd** – кількість днів страхування (кількість застрахованих днів); **Knбу** – офіційний курс Національного банку України на дату укладення Договору, **Ka** - андерайтерський коефіцієнт Страховика, який може застосовуватись при необхідності та може коригувати розміри тарифів та платежів при необхідності для застосування на відповідних платформах, програмних комплексах тощо (в тому числі в залежності від умов роботи з партнерами, страховими посередниками). Якщо здійснюється тільки медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) (без страхування від нещасних випадків), то  $P_{d2} = 0$ .

**б) Для умов перервного страхування:**

**Страховий платіж при перервному страхуванні (Пп)** розраховується за наступною формулою:  $P_p = ((P_{p1} * K_{nbu} + P_{p2}) * K_n) * K_a$ ,

де **Пп1** – платіж за відповідний період страхування (в залежності від валюти, розміру страхової суми та строку страхування) по страхуванню медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі), зазначений в Таблиці 1, для Програм «E-Travel» MINIMUM (eBm) або «E-Travel» STANDART (eBs) (для перервного страхування); **Пп2** – платіж за відповідний період страхування (в залежності від розміру страхової суми та строку страхування) при страхуванні від нещасних випадків, зазначений в Таблиці 2 (якщо умови страхування по страхуванню від нещасних випадків обираються при укладенні Договору); **Kn** – відповідний коригуючий коефіцієнт; **Knбу** – офіційний курс Національного банку України на дату укладення Договору. **Ka** - андерайтерський коефіцієнт Страховика, який може застосовуватись при необхідності та може коригувати розміри тарифів та платежів при необхідності для застосування на відповідних платформах, програмних комплексах тощо (в тому числі в залежності від умов роботи з партнерами, страховими посередниками). Якщо здійснюється тільки страхування медичних витрат (по страхуванню витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення Подорожі) (без добровільного страхування від нещасних випадків), то  $P_{p2} = 0$ .

**4. Коригуючий коефіцієнт (Kn) визначається шляхом множення відповідних коригуючих коефіцієнтів в залежності від характеристик та особливостей умов страхування, які обираються при укладенні Договору і зазначається у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), а саме:  $K_n = K_1 * K_2 * K_3 * K_4 * K_5 * K_k$**

4.1. Коефіцієнт по території покриття (території дії Договору) (країні перебування), K1:

Території покриття (території дії Договору) (країни перебування)	K1
<b>Europe:</b> Країни ЄС та Шенгенської зони	1,00
<b>World:</b> Країни всього світу, крім Японії, США, Канади, Австралії, України чи іншої країни постійного місця проживання Застрахованої особи та країни, громадянином якої є Застрахована особа	2,00
<b>All World:</b> Країни всього світу, крім України чи іншої країни постійного місця проживання Застрахованої особи та країни, громадянином якої є Застрахована особа	4,00

4.2. Коефіцієнт по віку Застрахованих осіб, K2:

Вік Застрахованих осіб	K2
Вік Застрахованої особи від 1 до 4 (повних*) років	3,00
Вік Застрахованої особи від 4 до 60 (повних*) років	1,00
Вік Застрахованої особи від 60 до 65 (повних*) років	2,00

\* Під «повними» роками мається на увазі день, коли Застрахованій особі виповнилося вказане число років.

\*\* Можливість страхування осіб віком менше 1 (одного) року або старше 65 (шістдесяти п'яти) років на мент укладання Договору розглядається в ПрАТ «УТСК» виключно через проведення індивідуального андерайтингу та при безпосередньому зверненні до відповідного підрозділу з продажів страхових продуктів ПрАТ «УТСК».

4.3. Коефіцієнт по кількості Застрахованих осіб, K3:

Кількість Застрахованих осіб	K3
Кількість Застрахованих до 10 чоловік включно	1,00
Кількість Застрахованих осіб від 11 до 25 чоловік включно	0,90
Кількість Застрахованих осіб від 26 чоловік	0,85

4.4. Коефіцієнт по меті поїздки, K4:

Мета поїздки	K4
<b>Туризм</b> (подорож, звичайний відпочинок)*	1,00
<b>Активний відпочинок</b> (заняття активним відпочинком)**	2,00
<b>Робота/навчання</b> (робота за наймом (контрактом), в т.ч. фізична робота, навчання (включаючи виробничу, студентську практику, навчання й т.п.))***	1,80
<b>Спорт</b> (заняття спортом)****	4,00

\* **Туризм (подорож, звичайний відпочинок)** – мета поїздки, що покривається базовими умовами Договору, та відповідає умовам звичайного туризму (подорожі, відпочинку), без наявності умов чи обставин, які відповідають такій меті як «Активний відпочинок», «Робота/навчання» або «Спорт»;

\*\* Під поняттям «Активний відпочинок» згідно з даним Договором розуміється спосіб проведення вільного часу, різновид хобі, в процесі якого відпочиваючий займається активними видами діяльності, що потребують активної фізичної роботи організму, роботи м'язів, всього тіла. Зокрема, активний відпочинок передбачає:

- такі види активного відпочинку чи активної діяльності (тільки на любительському рівні, без участі в змаганнях): зимові види спорту (гірські лижі та сноуборд на аматорському рівні на гірськолижних курортах під час відпочинку); лижні рівнинні прогулянки; дайвінг (глибина занурення до 18 метрів (занурення на глибину до 40 метрів рахується як «спорт», а занурення на глибину 40 метрів та більше (всі інші глибини від 40 метрів) не покриваються стандартними умовами страхування та потребують проведення окремого андерайтингу та можуть покриватись за Договором виключно за наявності окремого письмового погодження Страховика)), плавання (в басейнах, річці, морі тощо), аквааеробіка; рибна ловля, полювання, стрільба (кульова, стендова, з луку, з арбалету тощо); рафтинг (1-2 рівень складності (всі інші рівні рахуються як «спорт»)); кінні прогулянки або катання на конях, верблюдах, слонах тощо; парасейлинг (політ на парашуті (парасейлі) за катером); спортивний туризм, туристичні походи/трекінг (1-2 категорії складності, за умови, що висота сходження не більше 2500 метрів (всі інші категорії рахуються як «спорт»)), велосипедні прогулянки, катання на велосипеді, катання на квадроциклах, гідроциклах та багі й т.п. (в тому числі перебування застрахованої особи в якості пасажира), скейтбординг,

кайтинг, геокешинг, спелеотуризм, каякинг, водні мотоцикли, скутери, тощо; теніс, гольф, катання на роликах, волейбол (в т.ч. пляжний), футбол (в т.ч. пляжний), сквош, бадмінтон, біг й т.п.; інші, що підпадають під умови активного відпочинку;

- непрофесійне заняття якими-небудь видами спорту;

\*\*\* Під поняттям «Робота/навчання» згідно з Договором розуміється виконання Застрахованою особою будь-якого виду робіт за наймом (контрактом), в т.ч. фізичної роботи, навчання (включаючи виробничу, студентську практику, навчання й т.п.);

\*\*\*\* Під поняттям «Спорт» згідно з Договором розуміється діяльність суб’єктів сфери фізичної культури і спорту, спрямована на виявлення та уніфіковане порівняння досягнень людей у фізичній, інтелектуальній та іншій підготовці (тренуваності) шляхом проведення спортивних змагань та відповідної підготовки до них.

4.5. Коефіцієнт по розміру франшизи, K5:

Розмір франшизи	K5
Франшиза в розмірі 100 USD (EUR)	1,00
Франшиза в розмірі 50 USD (EUR)	1,30
Франшиза в розмірі 0 USD (EUR)	1,80

5. Інші розміри коригуючих коефіцієнтів (Кк) залежать від характеристик та особливостей страхового ризику (наприклад: географічна та кліматична зони країни виїзду, санітарно-епідеміологічна ситуація та політико-економічний стан в конкретній країні, вік застрахованої особи, мета та строк виїзду й т.п., а також включаючи результатами проведення індивідуального андерайтингу чи здійснення індивідуального погодження) і можуть застосовуватися зі значеннями, визначеними у Загальних умовах Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (в редакції, яка є чинною на дату укладання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) та/або Загальних умовах Страхового продукту за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (в редакції, яка є чинною на дату укладання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)) (використання як підвищувальних, так і понижуючі коефіцієнтів, наприклад, з такими значеннями: в сторону збільшення від 1,0 до 10,0, в сторону зменшення від 0,01 до 1,0). Остаточний розмір страхової премії (страхового платежу) встановлюється щодо конкретної Програми та вказується в Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі). В залежності від умов роботи з підрозділами продаж (страховими посередниками, партнерами, агентами), електронними площадками чи іншими особами, які долучені до реалізації страхового продукту (в т.ч. із застосуванням власних програмних комплексів тощо) Страховик може коригувати розміри тарифів та платежів на відповідних платформах, програмних комплексах тощо з використанням окремого андерайтерського коефіцієнту (Ка) в межах 0,01-10,0. Інші умови можуть застосовуватись згідно Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (відповідних чинних редакцій).



до Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»  
(договору приєднання) [оферти № 308/05-06/02-1.00]

**ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ЗГІДНО ВИМОГ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ**

**Розділ І. Інформація про Страховика згідно умов статті 87 Закону України «Про страхування».** Ця інформація про Страховика повідомляється клієнту до укладення договору страхування в точках продаж страхових продуктів Страховика, а також надається шляхом посилання на таку інформацію, що розміщується на Веб-сайті Страховика і доступна для ознайомлення за наступним посиланням: <https://www.utico.ua>, а також додається до цього Договору для ознайомлення перед укладенням Договору:

**1) Найменування та місцезнаходження Страховика (у тому числі відокремленого підрозділу страховика, який укладає договір страхування), його ідентифікаційний код у Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України:**

Приватне акціонерне товариство «Українська транспортна страхова компанія.» (ПрАТ «УТСК», UTICO).

Місцезнаходження: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033.

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ: 22945712.

**2) Відомості про ліцензію на здійснення діяльності із страхування та спосіб перевірки її актуальності:**

В рамках цього Договору: Ліцензія за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Ліцензія за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (для перевірки: Комплексна інформаційна система Національного банку України: <https://kis.bank.gov.ua>, або витяг із Держаного реєстру фінансових установ доступний за посиланням: <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>). Перелік всіх ліцензій наведено на Веб-сайті Страховика та регулятора (НБУ)). Перевірка актуальності може здійснюватися:

- шляхом ознайомлення з інформацією на Веб-сайті Страховика: <https://www.utico.ua>.

- шляхом перевірки на Веб-сайті Регулятора (НБУ): <https://bank.gov.ua>, зокрема у відповідному реєстрі фінансових установ, наприклад, за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/supervision/nonbanks/registers-lists>, <https://kis.bank.gov.ua>.

**3) Перелік послуг із страхування, які можуть надаватися Страховиком на запит клієнта, порядок та умови консультування клієнтів щодо страхових послуг:**

Страховик на запит клієнтів може надавати послуги зі страхування в рамках ліцензій на Класи страхування, які має Страховик. Перелік відповідних ліцензій наведено в публічній інформації на Веб-сайті Страховика та/або доступні на сайті регулятора, як вказано вище.

В рамках цього Договору Страховик надає послуги зі страхування в рамках Ліцензії за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Ліцензії за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» за Стандартним страховим продуктом «Страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»: код 308/05-06 (Стандартний продукт для електронних продаж).

Консультування клієнтів може здійснюватися працівниками підрозділів з продажів страхових продуктів Страховика у робочий час по телефону. Контактні дані наведено Веб-сайті Страховика за наступним посиланням: <https://www.utico.ua>.

При укладенні договорів страхування за класами страхування іншими, ніж страхування життя, можуть надаватися індивідуальні консультації за рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит клієнта. В даному випадку порядок та умови отримання такої консультації визначається Страховиком чи його представником при зверненні клієнта.

**4) Вид винагороди, яку працівник з реалізації Страховика (у разі залучення працівника до реалізації страхового продукту) отримає при укладенні договору страхування, в тому числі порядок та умови її виплати:**

Працівники відповідних підрозділів з реалізації страхових продуктів Страховика (у разі залучення працівника до реалізації страхового продукту) отримують при укладенні договору страхування винагороду у вигляді: або заробітної плати (для штатних працівників та згідно з штатним розписом) та/або комісійної винагороди, порядок та умови виплати якої регулюються відповідним договором, що укладений з таким працівником.

**5) Інформацію про будь-які інші платежі (крім страхових премій), які клієнт буде зобов'язаний сплатити у разі укладення договору страхування:**

За договором не передбачається будь-яких інших платежів, ніж страхові премії по договору. Можлива сплата клієнтами комісії за перерахування коштів страхової премії в залежності від тарифів та умов банківської чи іншої фінансової установи (платіжної системи), через яку клієнтом здійснюється оплата страхової премії на користь Страховика (тарифи та умови таких комісій в даному випадку визначаються відповідною банківською чи іншою фінансовою установою (платіжною системою), через яку клієнт здійснює оплату страхової премії).

**6) Інформацію про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу Страховика, за якою приймаються скарги клієнтів):**

Захист прав споживачів Страховиком здійснюється шляхом дотримання вимог законодавства України, що регулює страхову діяльність, та законодавства про захист прав споживачів. До механізмів та способів захисту прав споживачів фінансових послуг у Страховика застосовуються такі:

- Порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги. Урегулювання спірних питань та спори між страхувальниками і страховою компанією по договорах страхування вирішуються шляхом переговорів. Якщо сторони не досягнуть згоди по спірних питаннях, то вирішення спорів здійснюється у порядку, встановленому договором страхування та чинним законодавством України.

- Для позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, відповідні звернення надсилаються поштою на адресу Страховика, за якою приймаються скарги клієнтів: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033. Такі звернення розглядаються Юридичним департаментом Страховика у встановлений законодавством строк та згідно внутрішніх процедур Страховика. Результати розгляду повідомляється заявнику. Страховик розглядає скарги, які оформлені згідно вимог законодавства. У разі недотримання вимог законодавства щодо порядку подачі та інформації, яку має містити такий документ згідно законодавства, Страховик залишає за собою право залишати такі звернення (скарги) без розгляду.

#### **7) Іншу інформацію, визначену законами України та нормативно-правовими актами Регулятора:**

Інша інформація, визначена законодавством, наводиться на Веб-сайті Страховика і доступна для ознайомлення за наступним посиланням: <https://www.utico.ua> та/або наведена нижче в цьому додатку до Договору.

Дана інформація також доступна для ознайомлення і розміщена на Веб-сайті Страховика: <https://www.utico.ua> для можливості клієнтів ознайомитись з даною інформацією до укладення договору страхування.

### **Розділ II. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЧЕРГОВІСТЬ ПРО ЧЕРГОВІСТЬ ЗАДОВОЛЕННЯ ВИМОГ СПОЖИВАЧІВ ЗА ДОГОВОРАМИ СТРАХУВАННЯ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИНИКНУТИ У РАЗІ ВИЗНАННЯ СТРАХОВИКА БАНКРУТОМ, ВІДПОВІДНО ДО ЧАСТИНИ ДЕВ'ЯТОЇ СТАТТІ 92 КОДЕКСУ УКРАЇНИ З ПРОЦЕДУР БАНКРУТСТВА**

Згідно вимог законодавства ПрАТ «УТСК» надає інформацію про черговість задоволення вимог споживачів за договорами страхування, які можуть виникнути у разі визнання страховика банкрутом, відповідно до частини дев'ятої статті 92 Кодексу України з процедур банкрутства (далі - Кодекс):

1. При розгляді справи про банкрутство страховика учасником провадження у справі про банкрутство визнається спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю. Арбітражний керуючий у справі про банкрутство страховика повинен скласти іспит за програмою підготовки арбітражних керуючих у справах про банкрутство страхових організацій.

2. Заява про відкриття провадження у справі про банкрутство страховика може бути подана до господарського суду боржником, кредитором або іншим уповноваженим на це органом.

3. Відчуження майна страховика-боржника як єдиного майнового комплексу (комплексів) здійснюється у процедурі санації за правилами, встановленими цим Кодексом.

При проведенні ліквідаційної процедури єдиний майновий комплекс страховика, який використовується для здійснення страхової діяльності, може бути проданий тільки у разі згоди покупця взяти на себе зобов'язання страховика-банкрута за договорами страхування, за якими страховий випадок не настав до дня визнання страховика банкрутом.

4. Покупцем єдиного майнового комплексу страховика, який використовується для здійснення страхової діяльності, може бути тільки страховик.

5. У разі продажу єдиного майнового комплексу страховика, який використовується для здійснення страхової діяльності, у процедурі санації до покупця переходять всі права та обов'язки за договорами страхування, за якими на дату продажу майна страховика страховий випадок не настав.

6. У разі визнання господарським судом страховика банкрутом і відкриття ліквідаційної процедури всі договори страхування, укладені таким страховиком, за якими страховий випадок не настав до дати прийняття зазначеного рішення, припиняються, крім випадків, передбачених частиною третьою цієї статті.

7. Страхувальники за договорами страхування, дія яких припиняється з підстав, передбачених частиною шостою цієї статті, мають право вимагати повернення частини виплаченої страховику страхової премії пропорційно до різниці між строком, на який був укладений договір страхування, і строком, протягом якого фактично діяв такий договір страхування, якщо інше не передбачено законодавством.

8. Страхувальники за договорами страхування, за якими страховий випадок настав до дня прийняття господарським судом постанови про визнання страховика банкрутом та відкриття ліквідаційної процедури, мають право вимагати страхові виплати.

9. У разі визнання господарським судом страховика банкрутом та відкриття ліквідаційної процедури вимоги кредиторів за договорами страхування першої черги підлягають задоволенню в такому порядку:

у першу чергу - вимоги за договорами особистого страхування, передбачені частиною восьмою цієї статті;

у другу чергу - вимоги фізичних осіб за іншими договорами страхування, передбачені частиною восьмою цієї статті;

у третю чергу - вимоги юридичних осіб за іншими договорами страхування, передбачені частиною восьмою цієї статті;

у четверту чергу - вимоги за договорами особистого страхування, передбачені частиною сьомою цієї статті;

у п'яту чергу - вимоги фізичних осіб за іншими договорами страхування, передбачені частиною сьомою цієї статті;

у шосту чергу - вимоги юридичних осіб за іншими договорами страхування, передбачені частиною сьомою цієї статті.

### **Розділ III. ІНФОРМАЦІЯ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ»:**

**Права суб'єкта персональних даних.** ПрАТ «УТСК» повідомляє про права суб'єкта персональних даних згідно Закону України «Про захист персональних даних»:

1. Особисті немайнові права на персональні дані, які має кожна фізична особа, є невід'ємними і непорушними.

2. Суб'єкт персональних даних має право:

- 1) знати про джерела збирання, місцезнаходження своїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження або місце проживання (перебування) володільця чи розпорядника персональних даних або дати відповідне доручення щодо отримання цієї інформації уповноваженим ним особам, крім випадків, встановлених законом;
- 2) отримувати інформацію про умови надання доступу до персональних даних, зокрема інформацію про третіх осіб, яким передаються його персональні дані;
- 3) на доступ до своїх персональних даних;
- 4) отримувати не пізніше як за тридцять календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляються його персональні дані, а також отримувати зміст таких персональних даних;
- 5) пред'являти вмотивовану вимогу володільцю персональних даних із запереченням проти обробки своїх персональних даних;
- 6) пред'являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;
- 7) на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;
- 8) звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних до Уповноважений або до суду;
- 9) застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;
- 10) вносити застереження стосовно обмеження права на обробку своїх персональних даних під час надання згоди;
- 11) відкликати згоду на обробку персональних даних;
- 12) знати механізм автоматичної обробки персональних даних;
- 13) на захист від автоматизованого рішення, яке має для нього правові наслідки.

#### **Розділ IV. ІНФОРМАЦІЯ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ФІНАНСОВІ ПОСЛУГИ ТА ФІНАНСОВІ КОМПАНІЇ»:**

**Право клієнта на інформацію.** ПрАТ «УТСК» згідно Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» перед та під час отримання фінансової послуги (до укладання та під час укладення договорів страхування) надає наступну інформацію:

##### **I. ПрАТ «УТСК» згідно вимог підпункту 1 частини першої статті 6 Закону «Про фінансові послуги та фінансові компанії» розкриває та надає Вам наступну інформацію:**

1) Щодо продуктів, які пропонуються в межах такого виду фінансових послуг, як страхування:

ПрАТ «УТСК» надає послуги зі страхування на підставі наявних у ПрАТ «УТСК» відповідних ліцензій на здійснення Класів страхування.

Перелік всіх ліцензій наведено на Вебсайті Страховика та регулятора. Витяг із Державного реєстру фінансових установ наведено на Вебсайті Страховика: <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>. Перевірка актуальності може здійснюватися шляхом ознайомлення на Вебсайті Страховика: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>, та/або шляхом перевірки на Вебсайті Регулятора (НБУ): <https://bank.gov.ua>, зокрема у відповідному реєстрі фінансових установ, наприклад, за посиланням: <https://kis.bank.gov.ua>.

В межах цього Договору Страховик надає послуги зі страхування згідно ліцензії за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та ліцензії за Класом страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» за Стандартним страховим продуктом «Страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»: код 308/05-06 (Стандартний продукт для електронних продаж).

Інформація про доступні стандартні (базові) страхові продукти ПрАТ «УТСК» визначено на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. Порядок та умови надання відповідних послуг визначені відповідно до нормативних актів у сфері страхування та зазначені у страхових продуктах ПрАТ «УТСК» та безпосередньо в договорах страхування, що укладаються. Умови страхових продуктів доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

##### **II. ПрАТ «УТСК» згідно частин 2, 4, 5 статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» розкриває та надає Вам наступну інформацію:**

###### **1) Інформацію про надавача фінансових послуг:**

**а) найменування, місцезнаходження, контактний номер телефону, адреса електронної пошти надавача фінансових послуг та адреса, за якою приймаються скарги клієнтів:**

Найменування: Приватне акціонерне товариство «Українська транспортна страхова компанія.» (ПрАТ «УТСК», UTICO).

Місцезнаходження: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033.

Ідентифікаційний код ЄДРПОУ: 22945712.

Контактний номер телефону: +3 8044 303 97 70.

Адреса електронної пошти: [office@utico.ua](mailto:office@utico.ua).

###### **Адреса, за якою приймаються скарги клієнтів:**

Для позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, відповідні звернення надсилаються поштою на адресу ПрАТ «УТСК», за якою приймаються скарги клієнтів: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033. Такі звернення розглядаються Юридичним департаментом ПрАТ «УТСК» у встановлений законодавством строк та згідно внутрішніх процедур ПрАТ «УТСК».

###### **б) відомості про відокремлені підрозділи, місця надання фінансових послуг:**



Особа, яка надає фінансові послуги: ПрАТ «УТСК» надає послуги через власні внутрішні підрозділи продажу страхових послуг та страхових посередників, які діють на підставі відповідних договорів доручень чи інших договорів та в межах наданих повноважень за відповідними довіреностями. На даний час ПрАТ «УТСК» не має працюючих відокремлених підрозділів.

Найменування, місцезнаходження, контактний телефон і адреса електронної пошти особи, яка надає фінансові послуги: контактні дані відповідних осіб Ви можете отримати при зверненні до відповідних підрозділів продажу страхових послуг, контактні дані яких наявні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua> у розділі «Контакти».

Найменування особи, яка надає посередницькі послуги (за наявності): при наявності таких осіб, її дані зазначаються у відповідних договорах доручення чи інших договорах та на підставі яких діють такі особи та в межах наданих повноважень за відповідними довіреностями.

Перелік осіб, які надають посередницькі послуги, наведено за посиланням:

<https://www.utico.ua/page/perelik-agentiv>.

**в) відомості про склад органів управління / перелік його керівників:**

Відповідна інформація розміщується на сайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua> у розділі «Про компанію», зокрема в публічній інформації: <https://www.utico.ua/page/publiczna-informaciya>.

**г) відомості про фінансові показники діяльності, структуру власності, іншу інформацію про надавача фінансових послуг, що підлягає оприлюдненню відповідно до закону / відомості про фінансові показники його діяльності та економічний стан, які підлягають обов'язковому оприлюдненню:**

Відповідна інформація розміщується на сайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua> у розділі «Про компанію».

**Зокрема, у розділі «Про компанію» ПрАТ «УТСК» розкриває:**

1) фінансову звітність, яка складається та подається відповідно до законодавства і має розкриватись на сайті:

ПрАТ «УТСК» у відповідності до умов законодавства розкриває на власному Вебсайті відповідну фінансову звітність, яка складається та подається відповідно до законодавства. Відповідні дані наявні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua/page/richna-informaciya-emitenta-cinnih-paperiv-ta-finanova-zvitnist> у розділі «Про компанію».

2) Іншу публічну інформацію чи звітність, яка складається відповідно до законодавства і має розкриватись на Вебсайті ПрАТ «УТСК», в т.ч дані емітента, структура власності тощо, - які доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua> у розділі «Про компанію».

**г) відомості про державну реєстрацію надавача фінансових послуг. Відомості про державну реєстрацію особи, яка надає фінансові послуги:** ПрАТ «УТСК» зареєстровано у встановленому законодавством України порядку. Дата первинної реєстрації: 29.12.1994, Код за ЄДРПОУ: 22945712.

**д) інформація про наявність у надавача фінансових послуг права на надання відповідної фінансової послуги та про його включення до Реєстру, що містить відомості про такого надавача фінансових послуг:**

ПрАТ «УТСК» надає послуги зі страхування на підставі наявних у ПрАТ «УТСК» відповідних ліцензій. Перевірка актуальності може здійснюватися шляхом перевірки на Вебсайті Регулятора (НБУ): <https://bank.gov.ua>, зокрема у відповідному реєстрі фінансових установ, наприклад, за посиланням: <https://kis.bank.gov.ua>.

Інформацію щодо включення фінансової установи до відповідного державного реєстру фінансових установ:

ПрАТ «УТСК» включено в Державний реєстр фінансових установ у відповідності до вимог законодавства України. Для перевірки даних Ви можете скористатися пошуком в Комплексній інформаційній системі Національного банку (КІС НБУ), яка доступна на сайті НБУ в розділі «Пошук небанківських установ», зокрема за посиланням: <https://kis.bank.gov.ua> або шляхом перевірки на Вебсайті Регулятора (НБУ): <https://bank.gov.ua>, зокрема у відповідному реєстрі фінансових установ, наприклад, за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/supervision/nonbanks/registers-lists>.

**е) відомості про порушення провадження у справі про банкрутство, відкриття ліквідаційної процедури, застосування процедури санації до надавача фінансових послуг:**

Проведення у справі про банкрутство ПрАТ «УТСК» не порушувалось, відкриття ліквідаційної процедури не здійснювалось, процедура санації не застосовувалась. При необхідності відповідна інформація розміщується на сайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>.

**є) рішення про ліквідацію/припинення надавача фінансових послуг:**

Рішення про ліквідацію/припинення ПрАТ «УТСК» не приймалось. При необхідності відповідна інформація розміщується на сайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>.

**ж) контактна інформація Регулятора, який здійснює державне регулювання щодо діяльності надавача фінансових послуг:**

Контактна інформація органу, який здійснює державне регулювання щодо діяльності особи, яка надає фінансові послуги: органом, який здійснює державне регулювання щодо діяльності особи, яка надає фінансові послуги, є Національний банк України (НБУ). Контактні дані НБУ:

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

Телефон: 0 800 505 240 (Ваш телефон має працювати у тоновому режимі).

Офіційний Вебсайт: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

Інші контактні телефони наведені на офіційному Вебсайті: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

**2) Перелік послуг та продуктів, що надаються надавачем фінансових послуг, порядок та умови їх надання / істотні умови договору про надання фінансової послуги, включаючи а) мінімальний строк дії договору; б) наявність у споживача права відмови від договору, права розірвання, припинення договору, права**

**дострокового виконання договору, а також порядок та наслідки реалізації таких прав; в) порядок внесення змін до договору:**

Інформація про доступні стандартні (базові) страхові продукти ПрАТ «УТСК» визначено на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. Порядок та умови надання відповідних послуг визначені відповідно до нормативних актів у сфері страхування та зазначені у страхових продуктах ПрАТ «УТСК» та безпосередньо в договорах страхування, що укладаються. Конкретна інформація про умови страхових продуктів доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

Крім цього, ПрАТ «УТСК» розкриває необхідну інформації згідно вимог законодавства у відповідних інформаційних документах по стандартному страховому продукту, які також доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

Договір про надання фінансових послуг:

а) наявність у клієнта права на відмову від договору про надання фінансових послуг:

У відповідності до законодавства клієнт має право достроково припинити укладений ним договір страхування або відмовитись від договору у випадках, визначених законодавством. Порядок зміни та припинення договору страхування визначається в умовах відповідного договору страхування згідно умов відповідних страхових продуктів та законодавства. Згідно умов статті 107 Закону України «Про страхування» № 1909-IX від 18 листопада 2021 року Страхувальник має право на відмову від договору страхування (з урахуванням умов, вказаних в договорі страхування, та законодавства).

б) строк, протягом якого клієнтом може бути використано право на відмову від договору, а також інші умови використання права на відмову від договору:

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування. Згідно умов статті 107 Закону України «Про страхування» № 1909-IX від 18 листопада 2021 року визначені умови щодо строків для відмови від договору страхування (з урахуванням умов, вказаних в договорі страхування, та законодавства).

в) мінімальний строк дії договору (якщо застосовується):

Звичайний строк дії договору страхування, який зазвичай укладається з клієнтами, складає один рік. Умовами окремих страхових продуктів можуть визначатись окремі умови щодо строку дії договору страхування, в т.ч. мінімально можливі у відповідності до вимог законодавства (наприклад, по ОСЦПВ – не менше 15 днів), або в інших випадках, визначених окремими умовами страхових продуктів, страховими програмами або законодавством (зокрема, по умовах страхування, до яких встановлені відповідні вимоги законодавством).

г) наявність у клієнта права розірвати чи припинити договір, права дострокового виконання договору, а також наслідки таких дій:

Згідно умов статті 105 Закону України «Про страхування» № 1909-IX від 18 листопада 2021 року дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії договору страхування;
- 2) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;
- 3) несплати страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договору;
- 4) ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 цього Закону);
- 5) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;
- 7) в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або страховика, якщо це передбачено умовами такого договору. Дія договору страхування не може бути припинена страховиком достроково, якщо на це не надав згоду страхувальник, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого договору та законодавством України.

У разі дострокового припинення дії договору страхування, крім договору страхування життя, за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням страховиком умов договору страхування, страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

У разі дострокового припинення дії договору страхування, крім страхування життя, за вимогою страховика страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

Законом можуть передбачатися випадки, у яких дія договору страхування не може бути достроково припинена, зокрема якщо:

- 1) обов'язковість укладення договору страхування визначена законом;
- 2) укладення договору страхування є реалізацією інших правовідносин.
- г) порядок внесення змін та доповнень до договору:

Відповідні умови зазначені в умовах відповідних страхових продуктів ПрАТ «УТСК» та безпосередньо в договорах страхування, що укладаються. Умови страхових продуктів доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>.

**3) Вартість, ціну/тарифи, розмір плати (проценти, винагороду) щодо продуктів залежно від виду фінансової послуги (для продуктів, які пропонуються клієнтам, що не є споживачами, така інформація може бути індивідуальною) / Фінансову послугу - загальну суму витрат, у тому числі зборів, платежів та інших витрат, які повинен сплатити споживач у зв'язку з отриманням фінансової послуги, включно з податками, а якщо конкретний розмір не може бути визначений - порядок визначення таких витрат:**

Фінансова послуга, яка пропонується Вам як клієнту страхової компанії, є послугою зі страхування. Представник ПрАТ «УТСК» до укладання договору страхування інформує Вас про умови страхування, в тому числі ціну послуги зі страхування. Дана послуга, при Вашій згоді, може бути надана Вам ПрАТ «УТСК» шляхом укладання відповідного договору страхування. Ціна послуги зі страхування залежить від умов страхування, зазначених у Вашому договорі страхування, який надається Вам для вивчення перед його підписанням (наприклад: від об'єкту страхування та предмету договору страхування, страхових випадків, страхових ризиків, розміру страхової суми, строку страхування тощо).

Ціна послуги зі страхування, яку пропонує Вам представник ПрАТ «УТСК», визначена у відповідності з нормативними актами у сфері страхування та відповідними умовами страхових продуктів ПрАТ «УТСК». Умови страхових продуктів доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>.

**Неможливість збільшення фіксованої процентної ставки чи зміни порядку розрахунку змінюваної процентної ставки за договором без письмової згоди споживача:**

ПрАТ «УТСК» застосовує тарифну політику та встановлює страхові тарифи, які встановлюються безпосередньо у договорах страхування, у відповідності до вимог законодавства та/або відповідних умов страхових продуктів, які доступні на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>. Зміна страхового тарифу може відбуватись у відповідності до умов, визначених в укладених договорах страхування (наприклад, при зміні страхового ризику тощо). При цьому такі умови визначаються у відповідних договорах страхування.

**4) Інформацію про механізми захисту прав споживачів (про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів, а також про наявність гарантійних фондів чи компенсаційних схем, що застосовуються відповідно до законодавства України щодо окремих видів фінансових послуг та/або продуктів) / механізми захисту прав споживачів:**

**Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг, можливість та порядок розгляду скарг та позасудового врегулювання спорів та порядок розгляду надавачем фінансових послуг звернень споживачів фінансових послуг.** Порядок розгляду звернень надавачів фінансових послуг у ПрАТ «УТСК» затверджено рішенням Наглядової ради ПрАТ «УТСК» (протокол № 05/10/2022 від 05.10.2022 року). Зі змістом даного порядку можна ознайомитись на Вебсайті Товариства за посиланням: <https://www.utico.ua/page/spozhivachu>. Споживач фінансових послуг має право звернутися до ПрАТ «УТСК», як надавача фінансових послуг, а ПрАТ «УТСК» зобов'язане розглянути його у належний строк.

#### **1. Порядок приймання звернень споживачів.**

Відповідно до ст. 3 Закону України «Про звернення громадян» зверненнями споживачів є викладені в письмовій або усній формі пропозиції (зауваження), заяви (клопотання) і скарги.

Звернення може бути усним чи письмовим.

Звернення громадян приймаються в будь-який з нижченаведених способів:

##### **1) письмово, шляхом надсилання звернення поштою:**

- на поштову адресу ПрАТ «УТСК»: 01033, місто Київ, вул. Саксаганського, 77;
- на електронну поштову скриньку (e-mail): [utico@utico.ua](mailto:utico@utico.ua); [utico@utico.com.ua](mailto:utico@utico.com.ua)

##### **2) усне звернення:**

- за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефоном: **(044) 303 97 70**;
- на особистому прийомі за місцезнаходженням компанії.

Звернення може бути подано як окремою особою (індивідуальне), так і групою осіб (колективне).

При поданні звернення відповідно до ст. 5 Закону України «Про звернення громадян» мають бути дотримані такі вимоги:

- вимоги до адресата: звернення адресуються фінансовій установі, її посадовим особам, до повноважень яких належить вирішення порушених у зверненнях питань;
- вимоги до форми: у зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання громадянина, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису при надсиланні електронного звернення не вимагається. Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику з відповідними роз'ясненнями не пізніше як через десять днів від дня його надходження.



Вимоги до мови звернення: споживачі мають право звертатися до фінансової установи, її посадових осіб українською мовою чи іншою мовою, прийнятною для сторін.

Звернення вважаються опрацьованими, якщо порушені в них питання розглянуті по суті, вжито необхідних заходів, надано відповідь заявнику в письмовій (електронній) формі, а також якщо порушені питання зняті з розгляду заявником, про що є його письмове (електронне) повідомлення.

## **2. Порядок і строки розгляду звернень споживачів.**

### **Розгляд пропозицій (зауважень) споживачів:**

Згідно зі ст. 14 Закону України «Про звернення громадян» фінансова установа зобов'язана розглянути пропозиції (зауваження) та повідомити споживача про результати розгляду.

### **Розгляд заяв (клопотань):**

Згідно зі ст. 15 Закону України «Про звернення громадян» фінансова установа, до повноважень якої належить розгляд заяв (клопотань), зобов'язана об'єктивно і вчасно розглядати їх, перевіряти викладені в них факти, приймати рішення відповідно до чинного законодавства і забезпечувати їх виконання, повідомляти споживачів про наслідки розгляду заяв (клопотань).

### **Розгляд скарг споживачів:**

Згідно зі ст. 16 Закону України «Про звернення громадян» скарга на дії чи рішення фінансової установи подається у порядку підлеглості Національному банку України, що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а в разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

### **Термін розгляду звернень споживачів:**

Відповідно до ст. 20 Закону України «Про звернення громадян» звернення розглядаються і вирішуються в термін не більше 1 місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, – невідкладно, але не пізніше 15 днів від дня їхнього отримання.

Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, Голова Правління ПрАТ «УТСК» встановлює необхідний термін для його розгляду, про що повідомляється особі, яка подала звернення.

При цьому загальний термін розв'язання питань, порушених у зверненні, не може перевищувати 45 днів. Звернення споживачів, які мають встановлені законодавством пільги, розглядаються у першочерговому порядку.

Відповіді на адвокатські запити, подані в інтересах споживачів фінансових послуг, надаються ПрАТ «УТСК» не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання запиту відповідно до вимог ч. 2 ст. 24 Закону України «Про адвокатуру та адвокатську діяльність», крім інформації з обмеженим доступом і копій документів, в яких міститься інформація з обмеженим доступом.

У разі якщо адвокатський запит стосується надання значного обсягу інформації або потребує пошуку інформації серед значної кількості даних, строк розгляду адвокатського запиту може бути продовжено до двадцяти робочих днів з обґрунтуванням причин такого продовження, про що адвокату письмово повідомляється не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання адвокатського запиту.

У разі якщо задоволення адвокатського запиту передбачає виготовлення копій документів обсягом більш як десять сторінок, адвокат зобов'язаний відшкодувати фактичні витрати на копіювання та друк. Розмір таких витрат не може перевищувати граничні норми витрат на копіювання та друк, встановлені Кабінетом Міністрів України відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації».

Запити народних депутатів України, які надійшли в інтересах громадян розглядаються протягом 15 днів (депутатське звернення – протягом 10 днів). Якщо запит (звернення) з об'єктивних причин не може бути розглянуто у встановлений строк, керівник відповідного органу державної влади чи органу місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації зобов'язаний письмово повідомити про це народного депутата запропонувати інший строк, який не повинен перевищувати одного місяця після одержання запиту (30 днів після одержання звернення), відповідно до ст. 15, 16 Закону України «Про статус народного депутата України» від 17.11.1992 № 2790-ХІІ.

Якщо у зверненні не зазначено прізвища, імені, по батькові, місця проживання або суті порушеного питання, то воно повертається заявнику з відповідними роз'ясненнями в термін не пізніше як через 10 днів від дня його надходження.

Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає.

Не розглядаються і повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

Якщо надана Товариством відповідь не задовольнила Споживача, і Споживач вважає, що його права порушені, він може направити відповідне звернення на сторінці офіційного Інтернет-представництва Національного банку у розділі «Захист прав споживачів» за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>.

Органом, який здійснює державне регулювання та нагляд за діяльністю Товариства є Національний банк України: Телефон [0 800 505 240](tel:0800505240). Електронна пошта: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua). Для листування: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Сайт: <https://bank.gov.ua>.

## **3. Наявність гарантійних фондів чи компенсаційних схем, що застосовуються відповідно до законодавства.**

ПрАТ «УТСК» входить до складу об'єднань страховиків, а саме: МТСБУ, ЯСПУ, які формують та розпоряджаються відповідними гарантійними фондами, які сформовані страховиками в рамках відповідних нормативних актів України при здійсненні такої діяльності, наприклад, у сфері страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів.

**5) Найменування (для фізичної особи або фізичної особи - підприємця прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) посередників (за наявності):**

Найменування особи, яка надає посередницькі послуги (за наявності): при наявності таких осіб, її дані зазначаються у відповідних договорах доручення чи інших договорах та на підставі яких діють такі особи та в межах наданих повноважень за відповідними довіреностями. Перелік осіб, які надають посередницькі послуги, наведено за посиланням: <https://www.utico.ua/page/perelik-agentiv>.

**6) Розмір часток у статутному капіталі надавача фінансових послуг, що знаходяться у власності членів його виконавчого органу, а також про структуру власності надавача фінансових послуг:**

Відповідна інформація розміщується на сайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua> у розділі «Про компанію», зокрема в публічній інформації: <https://www.utico.ua/page/publiczna-informaciya>.

**7) Іншу інформацію, право на отримання якої визначено законом, ПрАТ «УТСК» розміщує на Вебсайті ПрАТ «УТСК»: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/publiczna-informaciya>.**

**Розділ V. ІНФОРМАЦІЯ ПРО УМОВИ СТРАХУВАННЯ:**

Ознайомлення страхувальника з умовами страхування та страховими продуктами згідно вимог Закону України «Про страхування». Страхувальник може ознайомитися з відповідними умовами:

а) в місцях продажу страхових послуг, в т.ч. із застосуванням мережі Інтернет;

б) на Вебсайті ПрАТ «УТСК» за адресом: <https://www.utico.ua>;

в) на Вебсайтах партнерів (страхових посередників) ПрАТ «УТСК» (у разі, якщо страховий продукт реалізується таким партнером).

## Insurance Agreement for Medical Expenses of Persons Traveling Abroad "E-Travel" (adhesion contract)

**OFFER No. 308/05-06/02-1.00 dated May 13, 2024 (electronic sales)**

The revision of this document template was implemented by Order No. 19 of PJSC "UTSK" dated May 13, 2024, and is available at: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. Revision: v.1-2024. The validity period of this revision of the template is from May 14, 2024, until it is revoked or replaced by a new revision (according to the terms of the respective Order of PJSC "UTSK"). The standard insurance product "Medical Expenses Insurance for Persons Travelling Abroad" E-Travel: code 308/05-06 (Standard product for electronic sales). Insurance class 18: "Insurance of expenses related to providing assistance (assistance) to persons in distress during travel" and Insurance class 1: "Insurance against accidents (including accidents at work and occupational diseases)". Редакцію даного шаблону документу введено в дію Наказом ПрАТ «УТСК» № 19 від «13» травня 2024 р. і розміщено: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

The offer is valid exclusively for insurance clients of PJSC "UTSK" who, in accordance with the provisions of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", conclude electronic insurance contracts with PJSC "UTSK" using the software / information and telecommunication system (ITS) of PJSC "UTSK" (its partners, agents). This text constitutes an offer within the meaning of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce". The contract is concluded in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", the Law of Ukraine "On Insurance", the General Terms of the Insurance Product for Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to providing assistance (assistance) to persons in distress during travel" (implemented by Order No. 74 dated 29.12.2023, revision: v.1-2023, validity period of this revision: from January 1, 2024, until revoked or replaced by a new revision (according to the conditions of the respective Order of PJSC "UTSK"); code 308)), the General Terms of the Insurance Product for Insurance Class 1: "Insurance against accidents (including accidents at work and occupational diseases)" (implemented by Order No. 60 dated 22.12.2023, revision: v.1-2023, validity period of this revision: from January 1, 2024, until revoked or replaced by a new revision (according to the conditions of the respective Order of PJSC "UTSK"); code 101)) and in accordance with the available license of PJSC "UTSK" for these insurance classes.

m. Kyiv

May 13, 2024

**1. INSURER:** Private joint-stock company "Ukrainian Transport Insurance Company." (PJSC "UTSK", UTICO), contact information: location: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033. Phone: **+38 (044) 303-97-70, 0 800 330 783** (in Ukraine), Website: <https://www.utico.ua>, in person:

The Chairman of the Board is Grigoryuk Andrii Leonidovych, who acts on the basis of the Charter.

**2. INSURANT:** any able-bodied natural person or legal entity that has accepted (accepted) in general all the conditions of this Contract for insurance of medical expenses of persons traveling abroad "E-Travel" (joining contract) [offer No. 308/05-06/02-1.00 dated 13.05.2024] (hereinafter – Contract, insurance contract, offer No. 308/05-06/02-1.00), and in accordance with the terms of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", Articles 634, 638 of the Civil Code of Ukraine and other acts of the civil legislation of Ukraine joined the Agreement by concluding it using the software / information and telecommunications system (ITS) of the Insurer (its partners, agents) using a one-time identifier in accordance with the provisions of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", which is used for joining the Agreement by signing an application for joining in the form of a policy part of the Agreement (Application for Joining (Acceptance, Policy)), the form of which is given in Appendix No. 1 to the Agreement (according to the text of the Agreement - Application for Joining, Acceptance or Policy or Application for Joining (Acceptance, Policy)), which is considered an individual part of the insurance contract for such a person, and whose data (data of the corresponding natural person) according to the specific Contract are determined in such Application-joining (Acceptance, Policy), and in accordance with such joining, such natural person concludes the Contract on benefit of the Insured person(s) (if the Contract is concluded by the Insured, a natural person, in relation to himself as an insured person, then he is the insured person under the Contract and, having concluded the Contract for his own benefit, the rights and obligations of the Insured Person apply to him),

which are hereinafter collectively referred to as the Parties, and each individually as a Party, in accordance with the Law of Ukraine "On Insurance" No. 1909-IX dated November 18, 2021, Insurance Licenses under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip" and License under Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" (for verification: Comprehensive information system of the National Bank of Ukraine: <https://kis.bank.gov.ua>, or an extract from the State Register of Financial Institutions is available at the link: <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>), and the General Terms and Conditions of the Insurance Product for Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip" (enacted by Order No. 74 dated 12.29.2023, version: v.1-2023, validity period of this editions: from January 1, 2024 until the moment of cancellation or publication in a new edition (according to the terms of the relevant Order on PrJSC "UTSK"); code 308) and the General Terms and Conditions of the Insurance Product under Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" (enacted by Order No. 60 dated 12.22.2023, version: v.1- 2023, the validity period of this version: from January 1, 2024 until the moment of cancellation or publication in a new version (according to the terms of the relevant Order on PrJSC "UTSK"), which are posted on the Insurer's website: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>) (hereinafter - the General Terms and Conditions of the Insurance Product), in written form in compliance with the requirements of the Civil Code of Ukraine established for the written form of the transaction, which is executed in electronic form, concluded the Agreement, which in accordance with Part 1 of Art. 207 of the Civil Code of Ukraine consists of the text of the Contract [offer No. 308/05-06/02-1.00] and the



Joining Application (Acceptance, Policy), about the following:

**3. INSURED PERSON:** A natural person, the data of which is specified in the relevant clauses of the Joining Application (Acceptance, Policy), in respect of which an Agreement has been concluded regarding the insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who have fallen into a difficult situation during implementation of the Trip, and who is a citizen of Ukraine, lives in Ukraine and starts traveling from its territory, and in whose favor this Agreement is concluded and who can acquire the rights and obligations of the Insured in accordance with this Agreement. In case of simultaneous insurance of a group of persons (more than 5 persons), a list (LIST, REGISTER) of the insured persons is added to the Joining Application (Acceptance, Policy) and Contract. At the time of conclusion of the Contract, all persons must be no younger than 1 (one) year old and no older than 65 (sixty-five) years old, have no contraindications to Travel and medical conditions that may directly or indirectly cause the occurrence of an insured event, not go to Travel contrary to the recommendations of doctors and comply with the terms of the Declaration.

**4. DECLARATION OF THE INSURER (INSURED PERSON) ON GOOD HEALTH (in the text - Declaration):** I, the Insured (Insured Person) under the Contract, inform that at the time of concluding and signing the Contract (Application for Joining (Acceptance, Policy)) , I (the Insured Person) am fully able to work (able to work) (not a disabled person of the I, II, III groups); do not suffer (does not suffer) from diseases of the cardiovascular system, neurological and/or mental disorders; have not been on sick leave (due to illness or accident) for more than 30 consecutive days during the last twelve months, and, with the exception of preventive treatment, my state of health (the state of health of the Insured Person) does not require regular control or treatment, and I (the Insured Person) do not have (does not have) medical contraindications or other restrictions or prohibitions regarding the ability to travel and/or travel abroad, including by separate modes of transport. By concluding and signing the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)), I confirm and do not deny that all the information provided by me for concluding the Agreement and specified in the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)) (incl. . regarding the state of health), are reliable, truthful and are an integral part of the Agreement and, in case of untruthfulness of the above information, PrJSC "UTSK" has the right to refuse to make the insurance payment, of which I have been duly informed. I, by concluding and signing the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)), in the event of an insured event, give my consent to the disclosure of medical confidentiality and allow any doctor (health care institution) who has any medical information regarding my state of health or the state of health of other Insured persons, provide it to PrJSC "UTSK" for carrying out the procedures stipulated by the Law of Ukraine "On Insurance" and the Agreement. By concluding and signing the Agreement (Join Application (Acceptance, Policy)), I confirm that I bear full responsibility for the truthfulness of the data that I confirm in accordance with the terms of this Declaration, both regarding myself and other Insured persons.

**5. BENEFICIARY (surname, date of birth or name).** Beneficiary under the Agreement is appointed:

5.1. The relevant Insured person, and in the event that it is impossible for him to receive an insurance payment due to his death or recognition of his incapacity, his heirs according to law in the corresponding shares or another third party who has the right to receive an insurance payment in accordance with the current legislation of Ukraine or the terms of the Agreement are appointed as the Beneficiary, - in the case of direct payment by the Insured person (or a person representing his interests) of medical and other services provided for in the terms of the Agreement, or in the event of insured events under accident insurance.

5.2. Relevant third parties (Assisting Company, medical or other institution) who provided the Insured with medical or other assistance services agreed with the Insurer, covered under the terms of the Agreement, in the case of settlement of insurance cases through the Assisting Company or the Insurer.

**6. SUBJECT OF INSURANCE, OBJECT OF INSURANCE.** The subject of the Agreement is the transfer by the Insured for a fee of the risk associated with the object of insurance to the Insurer under the conditions specified in the Agreement. The object of insurance under the Agreement is the life, health, and working capacity of the Insured Person, determined in accordance with the terms of Clause 3 of the Agreement, and his/her possible losses or expenses related to the provision of assistance (assistance) to such an Insured Person who is in a difficult situation during her Trip (the provision of medical, transport, administrative and legal assistance during her Trip outside the country of permanent residence of the Insured person, the reimbursement of which is provided for by the terms of the Agreement (depending on the conditions of insurance protection (insurance coverage) under the Program chosen by the Insured) when concluding the Agreement).

**7. CONTRACT CONCLUSION PROCEDURE:**

7.1. The contract is developed and concluded in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", the Law of Ukraine "On Insurance" and other acts of the civil legislation of Ukraine, the General Terms and Conditions of the Insurance Product and in accordance with the license for this class of insurance available at PrJSC "UTSK".

7.2. This text of the Agreement is signed by the Insurer and sealed with the seal of the Insurer. This text of the Agreement is an offer within the meaning of part 1 of Article 634, Articles 638, 641 of the Civil Code of Ukraine, as well as within the meaning of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce". The Agreement is a standard form within the meaning of Article 634 of the Civil Code of Ukraine, which can be accepted by another person by joining the Agreement as a whole.

7.3. This text of the Agreement is signed in one original copy, which is kept by the Insurer. This text of the Agreement is freely available on the Insurer's website: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. The contract (offer) is sent to the Insured in one of the ways provided for in Clause 4 of Art. 11 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce".

7.4. The policyholder can accept the Agreement (offer) and join the Agreement, within the meaning of Article 634 of the Civil Code of Ukraine, by accepting (accepting) the terms of the Agreement as a whole and signing the Joining Application (Acceptance, Policy), a sample of which is contained in Appendix No. 1 to the Agreement, by making an electronic transaction - accepting the terms of the Agreement (offer) in electronic form using an electronic signature with a one-time identifier in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce". When concluding the Agreement, the conditions chosen by

the Insured when concluding the Agreement are defined in the Joining Application (Acceptance, Policy) on the basis of the conditions specified in Appendix No. 2 to the Agreement.

7.5. The contract is concluded in electronic form according to the model established by the Insurer. The application for joining (Acceptance, Policy) is drawn up according to the form established by Appendix No. 1 to the Agreement.

7.6. To conclude the Contract, the Insured provides the necessary information about himself, his mobile phone number and e-mail address on the website of the Insurer (its partners, agents) on the "Internet" network (and/or with the use of software / information and telecommunications system (ITS) PrJSC "UTSK" (its partners, agents)), as well as other information necessary for the conclusion of the Agreement (including according to the established forms). Before concluding the Agreement, the Insured must familiarize himself with the terms of the Agreement, the General Terms and Conditions of the Insurance Product, the terms of this insurance product, information about the financial service and confirm the consent to the processing of his personal data (data of the authorized representative). The performance of all the above-mentioned actions is a statement by the Insured to the Insurer about his intention to conclude the Agreement.

7.7. The contract is concluded in the software / information and telecommunications system (ITS) of the Insurer (its partners, agents) in accordance with the data specified by the Insured. Before signing (concluding) the Contract, the Insured is obliged to check the data provided by him and confirm their authenticity. In order to conclude the Agreement, the Policyholder must sign it with an electronic signature with a one-time identifier in accordance with the provisions of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" (including the one provided to the Policyholder (sent, etc.) using (with the help of) the software / information and telecommunications system (ITS) of PrJSC "UTSK" (its partners, agents), with the help of which the Agreement is concluded).

7.8. Under the terms of this Agreement, a one-time identifier with information determined by the Insurer (if necessary) is sent (provided) to the Insured by electronic message in the form of a short SMS message to the mobile phone number specified by the Insured and/or in the form of a corresponding text message to the e-mail address specified by the Insured (e-mail) (such electronic messages can be sent both separately (or SMS or e-mail) and simultaneously (both SMS and e-mail)). To sign the Agreement with an electronic signature with a one-time identifier, the Insured must enter the received one-time identifier in a specially provided place on the website of the Insurer (its partners, agents) on the "Internet" network (and/or using the software / information and telecommunications system (ITS) of PrJSC "UTSK" (its partners, agents), with the help of which the Agreement is concluded) and confirm its introduction. As a result of this (as a result of such actions), the Insured signs the Agreement.

7.9. After signing (concluding) the Contract, the Insured is obliged to pay the insurance payment in one of the ways proposed by the Insurer (including through the appropriate payment services on the Insurer's (its partners', agents') WEB page on the "Internet" network (and/or from using the software / information and telecommunication system (ITS) of PJSC "UTSK" (its partners, agents), with the help of which the Agreement is concluded)).

7.10. The signed (concluded) Agreement is such that it did not enter into force until the moment of payment of the insurance payment. After receipt of the insurance payment in full to the Insurer's settlement account in the amount specified in the terms of the Application for Accession (Acceptance, Policy) and calculated in accordance with the terms of this Agreement (i.e., only subject to payment of the insurance payment within the terms and amounts established by the Agreement), concluded and the current (the one that has entered into force) Agreement, together with the Application for Accession (Acceptance, Policy) signed by the parties in accordance with the terms of the Agreement, is sent to the Insured at the e-mail address specified by him (at the same time, the Insurer can send to the Insured only a completed (signed) in accordance with the terms Application-joining Agreement (Acceptance, Policy) with a link to the WEB page where the text of the Offer is posted, which together are defined by the Agreement). These documents certify the right of the Insured to demand from the Insurer the fulfillment of obligations under the Agreement. At the same time, the one-time identifier used by him for the electronic signature, provided (sent) to him in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" as part of the conclusion of the Agreement, and with the written consent of the Insurer, is indicated on the Joining Application (Acceptance, Policy) as the Insured's signature of the parties, which is confirmed by the conclusion of the Agreement, a reproduced analogue of the Insurer's authorized person's handwritten signature is displayed (facsimile reproduction of the signature using mechanical or other copying means, another analogue of the Insurer's handwritten signature) and the display of the Insurer's seal is reproduced, or the Insurer imposes an electronic digital signature of the Insurer's authorized person.

7.11. The Contract concluded with the Insured consists of this text of the Contract [offer No. 308/05-06/02-1.00] and the Joining Application (Acceptance, Policy), which is considered an individual part of the insurance contract and must be signed by the Insured in accordance with the procedure established by this Agreement, as well as taking into account the condition that the insurance payment under the Agreement must be paid in full in the manner and within the terms established by the Agreement. The joining application (Acceptance, Policy) contains a unique number, the signature of the Insured in the form of a one-time identifier used by him for electronic signature, provided (sent) to him in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" as part of the conclusion of the Agreement, the date of conclusion and the validity period of the Agreement and other personal data and conditions of insurance under the Contract for the Insured (the relevant Insured person).

7.12. The contract, consisting of this text of the Contract [offer No. 308/05-06/02-1.00] and the Joining Application (Acceptance, Policy), is considered concluded with the execution of an electronic transaction in accordance with Art. 3, 11, 12 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", the Law of Ukraine "On Insurance". The contract is considered concluded from the moment the Insured signs (accepts) the offer with an electronic signature using a one-time identifier in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" and the terms of this Contract.

7.13. If the Insured, during the formation (execution) of the Contract (Application for joining (Acceptance, Policy)) in the fields with the information requested by the Insurer for the conclusion of the Contract, places/enters information that does not correspond to the name of the corresponding field or is unreliable (including .h. does not correspond to reality, is erroneous, incorrect in nature or distorted), then such information is invalid and does not create any legal consequences for the Insurer and

is not subject to execution and application. At the same time, the Insurer has the right in such cases not to consider any appeals of the Insured (Insured persons) or other third parties under the Contract as insured events and not to make an insurance payment and/or not to compensate any losses of the Insured (Insured persons), including .ch which are covered by the terms of the Agreement.

## **8. INSURANCE CASES. LIST OF INSURANCE RISKS:**

8.1. The insurance risk in accordance with the terms of the Agreement is the occurrence of medical expenses and/or expenses, other than medical, for the Insured person, related to the provision of help (assistance) to the Insured person who got into a difficult situation during his Travel outside the country of permanent residence of the Insured person, the compensation of which is provided by the terms of the Agreement (depending on the terms of insurance protection (insurance coverage) under the Program chosen by the Insured when concluding the Agreement).

8.2. Insured events in the insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip (medical expenses), in accordance with the terms of the Agreement, are the occurrence during the Trip of the Insured Person of the need to be borne by the Insured Person (Assisting Company) medical expenses and/or expenses, other than medical, the reimbursement of which is stipulated by the Contract (terms of the selected Program), for the services and assistance provided to it (depending on the terms of insurance protection (insurance coverage) under the Program selected by the Insured when concluding the Contract) (on of the text together are defined as medical expenses):

8.2.1. When insuring medical expenses incurred as a result of or as a result of:

8.2.1.1. in connection with the disease of the Insured person, his health disorder as a result of an accident or other event, in the event of the occurrence of which insurance is provided (insurance risk), namely: the costs of receiving medical assistance, medical services, including the provision of medicines and/ or medical products, and/or other services (assistance) of a certain list and quality to the extent stipulated by the Contract (terms of the selected Program);

8.2.1.2. deterioration of the Insured person's health as a result of an accident, sudden illness or exacerbation of a chronic disease of the Insured person, which poses a threat to his life to the extent stipulated by the Agreement (terms of the selected Program);

8.2.1.3. the death of the Insured person as a result of a sudden illness, accident or exacerbation of a chronic disease to the extent stipulated by the Contract (terms of the selected Program);

8.2.1.4. other circumstances or events specified in Clause 9 of the Agreement (depending on the conditions of the selected Program).

8.2.2. When insuring expenses other than medical, arising as a result or as a result of:

8.2.2.1. circumstances or events specified in Clause 9 of the Agreement, to the extent stipulated by the Agreement (terms of the selected Program), in particular: coverage of costs for medical evacuation/repatriation; medical support of the Insured Person; repatriation in case of death; expenses for the evacuation of children traveling with the Insured Person; expenses for administrative assistance; costs of legal assistance (depending on the conditions of the selected Program).

8.3. In case of accident insurance, the insured event is:

8.3.1. death of the Insured person as a result of an accident;

8.3.2. permanent loss of working capacity by the Insured person as a result of an accident (implantation of disability of I, II, III groups as a result of an accident);

8.3.3. receipt by the Insured Person of bodily injury (trauma) as a result of an accident.

8.4. The nature of services and assistance, as well as the amount in which they are reimbursed, are determined by the Program.

## **9. INSURANCE PROGRAMS.** Description of options and terms included in the Programs:

9.1. For the conditions of "E-Travel" in accordance with the "UTICO "E-Travel" Insurance Program, the following services and assistance are provided and reimbursed to the Insured Person:

9.1.1. According to the Program "E-Travel" MINIMUM (designation eBm). Within the MINIMUM Program, costs for the following services and assistance are reimbursed:

9.1.1.1. Medical transportation:

– transportation of the Insured person in the country of stay, if necessary, to the nearest hospital or medical center that meets the medical conditions, by special medical transport, except for taxis and hotel transport. Reimbursement is made in the amount of direct damage within the sum insured. If the transportation is not carried out in accordance with the methods of transportation specified above in this paragraph, then for such costs, a deductible amount of at least 100 USD (EUR) is always applied (regardless of other terms of the Agreement) (if the terms of the Agreement specify a higher amount of the deductible, then a correspondingly higher amount is applied the amount of the deductible), and the expenses that can be reimbursed by the Insurer under the Agreement in any case cannot exceed five percent of the sum insured under the Agreement and are carried out after deducting the corresponding amounts of the deductibles determined by the terms of the Agreement;

9.1.1.2. Aid:

– provision of rapid emergency medical assistance to the Insured Person (organization and payment of medical assistance to the Insured Person in cases requiring emergency medical assistance, failure to provide which may lead to death or irreversible changes in the body);

- provision of emergency inpatient care in medical institutions (cost of emergency medical treatment, cost of diagnostic and treatment procedures prescribed by a doctor in the amount necessary to help the Insured Person, surgical intervention, cost of stay in hospital wards, including intensive care units) in connection with an urgent need, caused by the deterioration of the health of the Insured person as a result of an accident, sudden illness or exacerbation of a chronic disease that poses a threat to life;



– provision of urgent outpatient care in a medical institution or by a certified doctor (cost of consultations, hospital services) in connection with an urgent need caused by the deterioration of the Insured person's health as a result of an accident or sudden illness;

- payment of medicines made on the basis of the provided invoice, purchased according to a doctor's prescription, necessary for the provision of emergency medical care or relief of an acute condition.

Reimbursement is made in the amount of direct damage within the sum insured. Reimbursement of expenses incurred by the Insured Person in the case of receiving services or medical assistance without the involvement of the Assisting Company is carried out (regardless of other terms of the Agreement) with the application of a deductible of at least 100 USD (EUR) (if the terms of the Agreement specify a higher amount of the deductible, then accordingly, the larger amount of the deductible), and the expenses that can be reimbursed by the Insurer under the Agreement in any case cannot exceed five percent of the sum insured under the Agreement and are carried out after deducting the corresponding amounts of the deductibles determined by the terms of the Agreement;

- provision of emergency dental care due to an acute illness. Provision of emergency dental care is reimbursed in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 100 USD (EUR). The expenses for the provision of the above-mentioned medical care are reimbursed by the Insurer only in the event that the health condition of the Insured Person does not allow to postpone the provision of such medical care until the time when the Insured Person returns to the country of permanent residence.

#### 9.1.1.3. Medical evacuation/repatriation:

- return of the Insured Person to the country of permanent residence for further treatment. The decision to evacuate/repatriate (economy class travel) from abroad to the hospital closest to the international airport (in the case of air transportation) or the closest to the place of permanent residence must be considered when the patient's condition is such that it allows his transportation, as well as evacuation/repatriation is carried out in those cases when the costs of hospitalization may exceed the costs of evacuation or the limit of the insured sum established by the Contract and medical evacuation is not contraindicated from a medical point of view. Evacuation/repatriation for further treatment in the country of permanent residence may be carried out with the permission of the doctor treating the Insured Person, if the patient's condition after an accident, sudden illness or exacerbation of a chronic disease is such that it allows him to be moved and will not pose a threat to his life and health. The decision on medical evacuation/repatriation is made by the Insurer, or medical evacuation/repatriation must be pre-arranged with the Assisting Company (upon agreement with the Insurer). In the event that the doctor treating the Insured Person considers medical evacuation/repatriation of the Insured Person appropriate and together with the Assisting Company (in agreement with the Insurer) decide on his evacuation/repatriation, and the Insured Person (or his representatives) refuses to carry out the evacuation /repatriation, the Insurer is not responsible for any medical expenses of the Insured Person (or his representatives) incurred after the date of announcement by the Assisting Company (Insurer) of the conclusion regarding the need for medical evacuation/repatriation. In each specific case, the decision to choose a means of transportation is made and pre-agreed upon between the doctor treating the Insured Person and the Assisting Company (upon agreement with the Insurer). If prior agreement with the Assisting Company has not been made (including no agreement with the Insurer), then the Insurer will not reimburse for such expenses. Indemnified in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 700 USD (EUR) in the CIS countries, 3500 USD (EUR) in Europe and 5000 USD (EUR) in the rest of the world.

#### 9.1.1.4. Medical support of the Insured Person:

– travel, maintenance and overnight stay of one person from the medical staff accompanying the Insured Person upon returning to the country of permanent residence for further treatment with the permission of the doctor treating the Insured Person, and if the Insured Person cannot independently return for further treatment to the country of permanent residence place of residence and accompaniment recommended by the doctor who treats the Insured Person, and if such medical accompaniment has been previously agreed in writing with the Assisting Company (in agreement with the Insurer) and provided that the Insurer considers medical accompaniment appropriate. If prior agreement with the Assisting Company has not been made (including no agreement with the Insurer), then the Insurer will not reimburse for such expenses. Indemnified in the amount of direct damage for no more than 10 days of escorting within the limits of the insured amount, but not more than 500 USD (EUR) in the CIS countries, 2500 USD (EUR) in Europe and 3500 USD (EUR) in the rest of the world.

#### 9.1.1.5. Repatriation in case of death:

– transportation of the body (remains) of the Insured Person to the country of permanent residence (repatriation of the body or remains to the international airport (in case of air transportation) or to the destination with the consent of relatives in the country of permanent residence of the Insured Person). The type of transport and repatriation terms are determined by the Insurer. For this purpose, the relatives of the deceased are obliged to provide the Insurer with duly executed documents confirming family ties with the Insured Person as soon as possible. The Insurer is not responsible for the costs of the Insured Person's burial, ritual attributes, etc. With the consent of the relatives, the repatriation of the remains can be replaced by cremation and transportation of the urn with the ashes. Indemnified in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 500 USD (EUR) in the CIS countries, 2500 USD (EUR) in Europe and 3500 USD (EUR) in the rest of the world.

9.1.1.6. Provision of emergency medical care in connection with a disease associated with a particularly dangerous infection (Covid-19). It provides for the provision of urgent emergency care, urgent outpatient and inpatient care in medical institutions (the cost of services and medicines is paid) in connection with diseases associated with a particularly dangerous infection (Covid-19), provided that the result of the PCR test is positive. This risk covers the payment of diagnostic tests for Covid-19 only in the presence of symptoms of particularly dangerous infections and symptoms of respiratory diseases (class X ICD 10). Not covered: preventive diagnostic tests (tests that must be done when crossing the border of the country of entry in order to obtain the right of entry, testing in case of the need to determine the presence of infection in the event of information that there was contact with

an infected person in the absence of symptoms of the disease, testing at the request of the Insured person without medical necessity, testing without a referral from a treating physician and without the consent of the Assisting Company (and without the consent of the Insurer) and other preventive tests), expenses for self-isolation or observation (including quarantine due to Covid-19), expenses for evacuation to Ukraine, payment of tickets for returning to Ukraine, compensation of expenses for unused tickets. Indemnified in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 750 USD (EUR) in the CIS countries, 1500 USD (EUR) in Europe and 3000 USD (EUR) in the rest of the world.

9.1.2. According to the "E-Travel" STANDART Program (designation eBs). Within the STANDART Program, the costs of services and assistance specified in the MINIMUM Program are reimbursed, as well as additionally:

9.1.2.1. Expenses for the evacuation of children traveling with the Insured Person:

– transportation (economy class travel) to the country of permanent residence of children under the age of 13 traveling with the Insured Person, in the event that the Insured Person died or was hospitalized due to a sudden illness, exacerbation of a chronic disease or an accident and the children were left unattended. The type of transport and other conditions of transport are agreed with the Insurer. The insurer reserves the right to use the unused ticket of the Insured person and children. Indemnified in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 700 USD (EUR) in the CIS countries, 3500 USD (EUR) in Europe and 5000 USD (EUR) in the rest of the world.

9.1.2.2. Expenses for administrative assistance:

– round-the-clock transmission of urgent messages related to the insured event to the Insured person's relatives or his employer. Reimbursement is made in the amount of direct damage within the insurance amount, but not more than 20 USD (EUR) for all notifications made;

– search and delivery of the Insured Person's lost baggage, registered during transportation by air, by providing the Insured Person with instructions on taking the necessary measures and the coordinates of the relevant structures. Indemnified in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 100 USD (EUR).

9.1.2.3. Expenses for legal assistance:

– the organization of the services of a lawyer in administrative proceedings against the Insured person, caused by the commission of an unintentional crime or offense (except those provided for by tax, labor and criminal legislation), by providing the names, telephone numbers, addresses and informing about the working hours of lawyers and law firms in the country of residence of the Insured Person, while the lawyer's services are paid for by the Insured Person independently. Indemnified in the amount of direct damage within the sum insured, but not more than 500 USD (EUR).

## **10. INSURANCE AMOUNT (LIMITS OF LIABILITY), INSURANCE TARIFF, INSURANCE PREMIUM (INSURANCE PAYMENT), FRANCHISE:**

10.1. INSURANCE AMOUNT under the Agreement: The size of the insurance amount under the Agreement is determined upon conclusion of the Agreement according to the relevant insurance conditions for each class of insurance (for the insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip, and for accident insurance) and is indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy) for each Insured person selected by the Insured when concluding the Contract in accordance with the Tariff Policy used for concluding insurance contracts under the "E-Travel" Program and listed in the Appendix No. 2 to the Agreement (hereinafter - Tariff Policy). The specific amount of insurance sums is determined in the Joining Application (Acceptance, Policy) according to the conditions chosen by the Insured when concluding the Agreement (on the basis of the conditions defined in Appendix No. 2 to the Agreement). Limits of liability (limits of insurance payments) are defined in the terms of the Program and in accordance with other terms of the Agreement.

10.2. INSURANCE TARIFF, %: The size of the insurance tariff is determined upon conclusion of the Contract according to the relevant insurance conditions for each class of insurance (for insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip, and for insurance against accidents) and is indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy). The specific amount is determined in the Joining Application (Acceptance, Policy) according to the conditions chosen by the Insured when concluding the Agreement (on the basis of the conditions defined in Appendix No. 2 to the Agreement).

10.3. AMOUNT OF THE INSURANCE PREMIUM (INSURANCE PAYMENT) under the Agreement, hryvnias: The amount of the insurance premium (insurance payment) is determined upon conclusion of the Agreement according to the relevant insurance conditions for each class of insurance (for the insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who have been in a difficult situation during the Trip, and for accident insurance) and is indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy). The insurance payment for each Insured Person is calculated in accordance with the terms of the Tariff Policy. The specific amount of the insurance premium (insurance payment) under the Contract is determined in the Joining Application (Acceptance, Policy) according to the conditions chosen by the Insured when concluding the Contract (on the basis of the conditions specified in Appendix No. 2 to the Contract).

10.4. PROCEDURE AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM (INSURANCE PAYMENT):

10.4.1. The insurance payment under the Agreement is one-time and is paid immediately for all Insured persons in full for the entire term of the Agreement to the account of the Insurer until 24:00 on the date specified in the Joining Application (Acceptance, Policy) as the date of signing the Joining Application (Acceptance, Polis).

10.4.2. The insurance payment under the Contract is paid in the monetary unit of Ukraine (at the rate of the NBU on the date of conclusion of the Contract) by means of a non-cash transfer of funds from the Insured's bank account to the Insurer's current bank account (including using special payment services that are used or available at the time of conclusion of the Agreement on the website of the Insurer (its partners, agents) in the "Internet" network (and/or in the corresponding software / information and telecommunications system (ITS) of PrJSC "UTSK" (its partners, agents), with the help of which the Agreement is concluded).

10.5. FRANCHISE: The contract for the conditions of insurance of medical expenses (related to the provision of assistance (assistance)) (clause 8.2 of the Contract) provides for an unconditional deductible for each insured event for each Insured person, which is specified in the Joining Application (Acceptance, Policy) in absolute amount in the currency of the sum insured or as a percentage of the sum insured, applied for each insured event and for each Insured Person, by the amount of which the amount of the insurance payment is reduced before its payment. The specific amount of the deductible is determined in the Joining Application (Acceptance, Policy) according to the conditions chosen by the Insured when concluding the Agreement (on the basis of the conditions defined in Appendix No. 2 to the Agreement). A deductible for accident insurance (8.3 of the Agreement) is not provided.

**11. DURATION OF THE AGREEMENT. PROCEDURE FOR ENTRY INTO EFFECTIVENESS OF THE CONTRACT, PERIOD(S) OF INSURANCE (INSURANCE PROTECTION). TERRITORY OF THE CONTRACT. PLACE OF CONCLUSION AND DATE OF CONTRACT CONCLUSION:**

11.1. The contract is concluded for the period of insurance defined in the Joining Application (Acceptance, Policy). The insurance period is a period of time (number of days) provided for in the terms of the Joining Application (Acceptance, Policy), during which the Insurer is liable to the Insured Person for the insured events defined in the Contract (according to the terms of the selected Program) and in accordance with the terms of the Contract and the Application joining (Acceptance, Policy).

11.2. The Agreement enters into force at 00 hours 00 minutes of the date of the start of the insurance period, which is indicated in the terms of the application for accession (Acceptance, Policy) as the date of commencement of the Agreement, provided that the insurance payment determined in accordance with the terms of the Agreement and specified in the Application for accession (Acceptance, Policy), paid by the Insured in full to the Insurer prior to the effective date of the Agreement, but in any case, the Agreement shall enter into force no earlier than the moment the Insured Person crosses the border of Ukraine when leaving Ukraine from the territory of Ukraine. The day of payment of the insurance payment is considered to be the day the funds are credited to the Insurer's current account.

11.3. In the event of non-payment (or incomplete payment) by the Insured of the insurance payment determined in accordance with the terms of the Agreement and indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy) by the date of commencement of the Agreement, the Agreement shall be deemed not to have entered into force (not entered in force) and the Insurer does not bear any obligations under them.

11.4. The Agreement shall be terminated at 24:00 on the date of the end of the insurance period, which is specified in the terms of the Application for Accession (Acceptance, Policy) as the date of termination of the Agreement, but in any case, the Agreement shall terminate no later than the end of the Insured Person's stay outside Ukraine or another country of permanent residence, if the Insured person returned to such country of permanent residence before the expiration of the Agreement.

11.5. The Insurer's responsibility for making insurance payments under the Contract extends only to the period of the Insured's stay abroad in Ukraine and another country of permanent residence - in the country or territory specified in the Application for Accession (Acceptance, Policy). At the same time, the Parties have agreed that:

11.5.1. The Insurer's responsibility for reimbursement of medical or other expenses for the Insured Person specified in the relevant Program selected by the Insured as part of the Agreement and defined in the Joining Application (Acceptance, Policy) shall arise exclusively from the date the Insured Person crosses the border of Ukraine when leaving Ukraine from the territory of Ukraine - subject to payment of the insurance payment in full in accordance with the terms of the Agreement, but in any case, not earlier than 00-00 hours of the date of commencement of the Agreement, determined in accordance with the terms of Clause 11.2 of the Agreement, and valid until the date of crossing by the Insured Person the border of Ukraine or another country of permanent residence upon entry from the border of Ukraine or another country of permanent residence, if the Insured person returned to such country of permanent residence before the expiration of the Agreement, but, in any case, not later 12:00 p.m. on the date of expiry of the Agreement, determined in accordance with the terms of Clause 11.4 of the Agreement.

11.6. In the case of continuous insurance, the validity of the Agreement lasts for the number of insured days specified in the Application for Accession (Acceptance, Policy) (that is, insurance protection (insurance coverage) is provided in accordance with the insurance period specified in the Application for Accession (Acceptance, Policy) for a specified number insured days). In the case of using all the insured days (the number of used insured days is determined by summing up the days of stay outside the territory of Ukraine during the period of validity of the Agreement), the Agreement is considered to have ended due to the Insurer fulfilling its obligations to the Insured Person in full. In case of intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided:

- a) In the case of three-month intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided for a period of up to 30 days in total over three months, provided that the duration of one trip does not exceed 21 days;
- b) In the case of half-yearly intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided for a period of up to 60 days in total during the half-year, provided that the duration of one trip does not exceed 21 days;
- c) With annual intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided for a period in the total amount:
  - up to 90 days during the year, provided that the duration of one trip does not exceed 21 days;
  - up to 180 days during the year, provided that the duration of trips for each half-year does not exceed 90 days, and the duration of one trip does not exceed 21 days.

The limit of 21 days per trip does not apply to students who are officially studying (student visa) and persons who have official employment (work visa) abroad. In any case, insurance protection (insurance coverage) is valid and provided for a number of days that does not exceed the number of insured days specified in the Agreement (insured days of stay abroad according to the terms of the Agreement).

11.7. The Insurer does not recognize an insured event and does not make an insurance payment if the event reported to the Insurer took place before the start of the Contract, or in the period between the conclusion of the Contract and its start, as well



as during the period when the insurance payment was not paid (or was not paid in full) by the Insured, or during the period when insurance protection (insurance coverage) did not operate in accordance with the terms of the Agreement. None of the cases that occurred during such periods are considered by the Insurer as insurance and no insurance payment is made for them.

11.8. The territory of the Agreement: the country (territory) or countries (territories) specified in the relevant clause of the Application for Accession (Acceptance, Policy) of the Agreement as the "Country of Host", and which (which) was selected when concluding the Agreement as part of the relevant option of the territory coverage under the Agreement (Europe, World or All World), but in any case excluding the territory of Ukraine or another country of permanent residence of the Insured Person and the country of which the Insured Person is a citizen, as well as taking into account the conditions for the exclusion of territories specified in p. 15.4 of the Agreement. At the same time, the variant of the territory covered by the Agreement (Europe, World or All World) means:

a) Europe: EU and Schengen zone countries;

b) World: Countries of the whole world, except for Japan, USA, Canada, Australia, Ukraine or other country of permanent residence of the Insured person and the country of which the Insured person is a citizen;

c) All World: Countries of the whole world, except for Ukraine or another country of permanent residence of the Insured Person and the country of which the Insured Person is a citizen.

11.9. The place of conclusion of the Agreement is the location of PrJSC "UTSK", which is specified in Clause 1 of the Agreement.

11.10. The date of conclusion of the Agreement is the date of acceptance (Acceptance) of the offer to conclude the Agreement in the manner stipulated by this Agreement, which (date of conclusion of the Agreement) is indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy) together with the series and number of such document.

## **12. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES AND RESPONSIBILITY FOR NON-FULFILLMENT OR IMPROPER FULFILLMENT OF THE TERMS OF THE AGREEMENT:**

12.1. The insurer is obliged to:

12.1.1. in the event of an insurance event, to make an insurance payment or an insurance indemnity payment within the term provided for in the Agreement;

12.1.2. in the event of an insured event, reimburse the costs incurred by the Insured to prevent the occurrence of an insured event and reduce the consequences of the insured event, if this is provided for in the terms of the Agreement. The terms of this Agreement do not provide for reimbursement of such expenses;

12.1.3. to ensure the preservation of information constituting the secret of insurance, taking into account the requirements of the Law of Ukraine "On Insurance";

12.1.4. perform other obligations under this Agreement.

12.2. The insurer has the right to:

12.2.1. check the information and documentation provided by the Insured (Insured Person, Beneficiary) or his (their) representatives, as well as independently conduct an investigation of the insured event, monitor the fulfillment (observance) of the requirements and conditions of the Agreement, as well as ask the Insured (Insured Person, Beneficiary) or his (their) authorized persons information on the subject of the contract and the object of insurance, the reasons and circumstances of the occurrence of the insured event, to check the reliability of the information and the validity of the documents provided to the Insurer;

12.2.2. in order to find out the circumstances, causes, nature and consequences of the occurrence of an insured event, conduct examinations, investigations, send requests to the relevant competent authorities (including health care institutions) that may have the necessary information (including requests to law enforcement agencies, banks, medical institutions and other enterprises, institutions and organizations, regardless of ownership, possessing the necessary information about the fulfillment of the terms of the Agreement and the circumstances of the insured event), as well as independently ascertaining such information, causes, circumstances and consequences of the insured event ( an event that has signs of an insured event) and determine the amount of damage or losses, conduct an own investigation and at any time send your trusted doctor to the Insured person for an examination of his condition;

12.2.3. to demand changes to the terms of the Agreement or the payment of an additional insurance payment in accordance with an increase in the insurance risk, if he became aware or was notified by the Insured (Insured Person, Beneficiary) of the circumstances leading to an increase in the insurance risk. If the Insured (Insured person, Beneficiary) objects to changing the terms of the Contract or paying an additional insurance payment in accordance with the increase in insurance risk, the Insurer has the right to prematurely terminate the Contract in accordance with the terms of the Contract;

12.2.4. to demand from the Insured (Insured person, Beneficiary) the authorized person (legal representatives) of the Insured person (Insured person, Beneficiary) or his (their) heirs, information and documents (including those related to medical secrecy) necessary to establish the fact of an accident or insurance event, circumstances and reasons for its occurrence, nature and amount of damage or losses, as well as check the provided information and documentation;

12.2.5. request from the Insured (the Insured Person, the Beneficiary) any information related to the insured event (including of a medical nature or related to the Insured Person's state of health), as well as, on behalf of the Insured, participate in the consideration of court cases that relate to an insurance event;

12.2.6. postpone the decision to make or refuse to make an insurance payment by notifying the Insured (Insured Person, Beneficiary) in writing in the case of:

12.2.6.1. if he (the Insurer) has doubts about the legality of the Insured's (Insured Person, Beneficiary's) receipt of the insurance payment - until the Insurer investigates the insured event and the necessary evidence is provided, answers to requests from the

competent authorities are received, but no more than 6 (six ) months;

12.2.6.2. if the circumstances of the insured event or the events that led to the insured event are being investigated by the relevant competent authorities, until the receipt of their official conclusions (the period of investigation and drawing up of official conclusions is determined by the competent authorities);

12.2.6.3. if criminal proceedings have been instituted by the relevant authorities against the Insured (Insured Person, Beneficiary) or his (their) representative (representatives) and the circumstances that led to the infliction of damage or losses and/or the occurrence of an insured event are being investigated, until the court renders a verdict that legal force, or closing the proceedings;

12.2.6.4. if there is a court proceeding on a case that is directly related to the subject of insurance, the object of insurance and/or the reasons for the occurrence of the insured event, until the end of the proceedings on the case and the adoption of a court decision that will become legally binding;

12.2.6.5. conducting an insurance investigation with a written notification of the Insured (Insured Person, Beneficiary) about such a decision, but no more than 90 (ninety) calendar days from the date of the Insurer's adoption of such a decision. The term of the insurance investigation is automatically extended for the period of waiting for official answers from the competent authorities;

12.2.6.6. if a criminal proceeding has been opened as a result of an insured event or directly as a result of an accident, or as a result of death, traumatic injury, or damage to the life, health, or ability to work of the Insured Person, - until the end of its consideration (promulgation of a verdict that will become legally binding, or closing proceedings);

12.2.7. to issue written orders and recommendations in the event of an insured event, which are mandatory for the Insured (Insured Person). Written orders and recommendations provided by the Insurer to the Insured (Insured Person) cannot be considered by the Insured (Insured Person) as recognition by the Insurer of the event that occurred as an insured event and are not the Insurer's obligation to make an insurance payment;

12.2.8. change the terms or prematurely terminate the Agreement in accordance with the terms of the Agreement and the law of Ukraine;

12.2.9. refuse to make an insurance payment or reduce its amount in the cases stipulated by the Agreement and the legislation of Ukraine;

12.2.10. set and change the amount of the insurance tariff;

12.2.11. require the Insured (Insured Person) to eliminate, within the period agreed with the Insurer, circumstances that significantly increase the insurance risk, the Insurer notifies the Insured (Insured Person) in writing of the need to eliminate them, as well as to pay an additional insurance payment for the increased insurance risk;

12.2.12. demand from the Insured (Insured person, Beneficiary) to return to the Insurer the amount of the insurance payment (or its corresponding part), if after its payment such a circumstance turns out to completely or partially deprive the Insured (Insured person, Beneficiary) of the right to an insurance payment;

12.2.13. during the conclusion of the Agreement, to demand the provision of the results of the medical examination of the persons who are to be insured, in order to make a decision on the acceptance of these persons for insurance, including by providing or confirming the relevant health declaration, including included in the terms of the Agreement, and/or require the Insured to undergo a medical examination in a health care facility designated by the Insurer, only if the Insurer pays for all direct and related costs associated with such an examination, as well as, if necessary, require additional medical examination of the Insured person (if the Insured person refuses a medical examination at the Insurer's direction, the Insurer has the right to refuse to make an insurance payment);

12.2.14. in the event of an insured event, if necessary, request from the Insured person or independently obtain from medical institutions (including medical institutions of the country of permanent residence) information about the Insured person's state of health before concluding the Agreement;

12.2.15. to other rights in accordance with the terms of the Agreement, the General Terms and Conditions of the Insurance Product and the legislation of Ukraine.

12.3. The insured is obliged to:

12.3.1. to pay the insurance premium in accordance with the procedure and terms established by the Agreement;

12.3.2. during the term of the Agreement, notify the Insurer of any change in circumstances that are of significant importance for the assessment of insurance risk (determining the probability and probability of the occurrence of an insured event and the size of possible losses), and/or other circumstances affecting the amount of the insurance premium under the Agreement;

12.3.3. to inform the Insurer about the occurrence of an event that has signs of an insured event, in the manner and within the time limits specified by the Contract, as well as to take measures to obtain the relevant documents confirming the occurrence of an insured event;

12.3.4. take measures to prevent the occurrence of an insured event and reduce the consequences of an insured event;

12.3.5. take measures to provide the Insurer with the opportunity to use the right of claim against the person guilty of causing the damage, provide the Insurer with all the necessary documents and inform the Insurer of the information necessary for the Insurer to exercise the right of claim against the guilty persons who caused the occurrence of the insured event;

12.3.6. fulfill the terms of this Agreement, and also, in the event of an insured event, fulfill the relevant terms of the Agreement, provide the Insurer with the necessary documents certifying the occurrence of the insured event and the amount of the damage or loss;

12.3.7. when concluding the Contract, provide information to the Insurer about all the circumstances known to him that are of significant importance for the assessment of the insurance risk (including those provided for in Clause 4 of the Contract), and further inform him in writing about any change in the insurance risk no later than 2 (two ) working days from the date of

occurrence of such changes (for example: concluding other insurance contracts regarding the subject or object of insurance under the Contract, changing the conditions of the Trip, the country of destination or stay of the Insured Person, changing the purpose of the trip (tourism, sports, work/study, active recreation ), performance of activities with increased risk in accordance with the list defined by the current legislation of Ukraine, or professional occupation of sports on a permanent basis, change in the health of the Insured person, including the one declared at the conclusion of the Agreement in accordance with the Declaration specified in clause 4 of the Agreement, etc);

12.3.8. when concluding the Contract, notify the Insurer about other valid insurance contracts regarding the object of insurance or the subject of this Contract; upon concluding the Agreement, familiarize yourself with the terms of insurance under the Agreement and the terms of the General Terms and Conditions of the Insurance Product (which are posted by the Insurer on its official website), as well as familiarize all Insured persons with the relevant insurance conditions under this Agreement and the terms of the Agreement;

12.3.9. take measures to prevent and reduce losses caused by the occurrence of an insured event; fulfill the terms of the Agreement in full;

12.3.10. notify the Insurer in writing that the damage has been fully or partially compensated by the person responsible for the occurrence of the insured event and/or another third party, but in any case no later than 2 (two) working days from the moment when the Insured ( his representative) became aware or should have become aware of it;

12.3.11. to notify the Insurer of the occurrence of an insured event within the term and under the conditions provided for in the Agreement, as well as in the event of an insured event, to perform the actions and submit the documents provided for in the terms of the Agreement;

12.3.12. at the request of the Insurer, provide the Insurer with reliable information about the state of health of the Insured persons, including primary medical documents, as well as at the request of the Insurer to provide (ensure) the possibility for the representative of the Insurer to carry out an examination of the Insured person after his return from the Trip, and/or, if necessary, undergo a medical examination by the Insured person in health care facilities specified by the Insurer and at his expense, and give permission to doctors and healthcare institutions to disclose relevant medical information to the Insurer, including regarding the disclosure of medical secrets, as well as at the request of the Insurer and at his expense to conduct additional medical and clinical examinations in the health care institution specified by him. If it turns out that the Insured (Insured person) acted (acted) with the purpose of deception, then he (she) bears all the costs of the additional medical examination on his own or they collect from such a person in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;

12.3.13. in case of hospitalization, receiving a traumatic injury or seeking medical help, promptly and fully comply with the appointments of doctors and the instructions of the representatives of the Assisting Company or the Insurer;

12.3.14. in the event of an insured event, take measures to obtain relevant documents confirming the insured event, as well as provide the Insurer (its representative) with all the necessary assistance to establish the causes of the insured event and the necessary full answers to his questions, as well as, if necessary and at the request of the Insurer, provide unimpeded access of the Insurer (its representative) to the documentation directly related to the insured event or the Contract, and documents that are important and relevant for determining the circumstances, nature and size of the damage caused and the occurrence of the insured event;

12.3.15. to carry out the instructions, orders and recommendations of the Insurer or its authorized representatives in the event of an insured event, to assist the Insurer in a court case for compensation for damages in an insured event, as well as at the request of the Insurer to transfer the case for direct handling of claims or judicial work in cases related to the investigation of the circumstances of the insured event;

12.3.16. to inform the Insurer about the legal process initiated against the Insured (Insured person, Beneficiary), his representatives or other third parties, which is directly or indirectly related to the insured event, but in any case no later than 2 (two) working days from the moment when the Insured (his representative) became aware or should have become aware of it;

12.3.17. eliminate, within the period agreed with the Insurer, circumstances that significantly increase the insurance risk, the Insurer notifies the Insured in writing of the need to eliminate them, as well as pay an additional insurance payment for the increase in the insurance risk;

12.3.18. notify the Insurer, at its request, about the progress of the Insured Person's treatment, provide documentation related to the object of insurance and the subject of the Agreement, the accident and the Insured Person's state of health, as well as provide answers to the Insurer's requests no more than in five-day term;

12.3.19. to comply with all traffic rules, relevant fire safety rules, safety rules, rules for handling explosive, flammable and corrosive substances or radioactive materials and other relevant rules related to the safety of life and established by the legislation of Ukraine or the host country outside of Ukraine or in the country Travels;

12.3.20. to return to the Insurer the received insurance payment (or its corresponding part), if during the statute of limitations provided for by the law of Ukraine, a circumstance is revealed that fully or partially deprives the Insured (Insured Person) of the right to insurance payment;

12.3.21. to inform the Insurer about a change in their actual place of residence and/or place of registration within 2 (two) working days from the moment of such changes, as well as at the request of the Insurer to provide information and documents (their certified copies) for the purpose of implementing the Law of Ukraine "On Prevention and Counteraction legalization (laundering) of proceeds obtained through crime, financing terrorism and financing the proliferation of weapons of mass destruction";

12.3.22. not transfer the insurance contract to another person to receive medical or other assistance;

12.3.23. must inform the Assisting Company (Insurer) about the occurrence of an insured event before the payment of medical or other services or medications, as well as coordinate with the Insurer and the Assisting Company all actions related to receiving



treatment and other services stipulated by the insurance contract, follow the recommendations Assisting company or Insurer;  
12.3.24. in case of execution of the Agreement with the condition of intermittent insurance or with a limited period of stay abroad, provide the Insurer with a copy of all pages of the foreign passport or documents confirming the dates of crossing the border of Ukraine with other countries (tickets and other documents), with the mandatory presentation of the original to the authorized to the Insurer's persons, where all marks of the dates of crossing the border of Ukraine (exit and entry) from the moment of the start of the last trip abroad during the period of validity of the Agreement are indicated;

12.3.25. perform other duties in accordance with the terms of the Agreement, the General Terms and Conditions of the Insurance Product and the legislation of Ukraine.

12.4. The insured has the right:

12.4.1. for the insurance payment under the terms of the Agreement in the event of an insured event within the limits of the insured amount (liability limit) and on the basis of the insurance act drawn up by the Insurer;

12.4.2. to receive a duplicate of the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)) in case of its loss. After issuing a duplicate, a lost copy of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Policy)) is considered invalid;

12.4.3. prematurely terminate the Agreement in accordance with the terms of the Agreement and the law of Ukraine;

12.4.4. appeal in court the Insurer's decision to refuse insurance payment;

12.4.5. to other rights in accordance with the Agreement, the General Terms and Conditions of the Insurance Product and the legislation of Ukraine.

12.5. When concluding the Contract for the insurance of risks related to life, health, and working capacity, the Insured is obliged to inform the Insurer about the existence of an insurable interest, including in relation to the Insured person and/or the Beneficiary (if such a person is defined in the insurance contract) .

12.6. Before concluding the Contract, the Insured is obliged to inform the Insurer about the circumstances known to him, which are of significant importance for the assessment of the insurance risk (determination of the probability and probability of the occurrence of an insured event and the size of possible losses), and/or to provide him with other information, which is of significant importance for accepting The Insurer's decision to enter into the Contract, including the existence of an insurable interest, and/or the amount of the insurance premium under the Contract.

12.7. In accordance with the requirements of the legislation, the Insured is obliged to notify a third party of the insurance contract concluded in his favor in any way, provided it is possible to confirm the fact of such notification, and if such a person has not notified the Insurer of the existence of objections to the conclusion of the contract within 30 calendar days insurance, such a contract is considered concluded in its favor.

12.8. According to the terms of the Agreement, the Insured person, at the request of the Insurer, after returning from the trip during which the insured event occurred, is obliged to undergo a medical examination. The Insured's obligations under the Insurance Contract, with the exception of the obligations to pay the insurance payment, also extend to the Insured Person (Beneficiary). The Insured's failure to fulfill these obligations shall have the same consequences as the Insured's failure to fulfill them directly.

12.9. Liability for non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the Agreement:

12.9.1. The Parties are responsible for non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the Agreement in accordance with the current legislation of Ukraine.

12.9.2. The Insurer bears property liability for the delay in the insurance payment by paying the Beneficiary a penalty in the amount of 0.01% of the untimely paid amount for each day of delay, but in any case no more than twice the NBU discount rate in effect during the period for which the penalty is paid. In the case of resolving the issue of recovery of monetary funds from the guilty Party under this Agreement in a judicial procedure, penalty shall not be charged during the consideration of the court case.

12.9.3. The parties are released from responsibility for full or partial non-fulfillment of obligations under the Agreement during force majeure circumstances (force majeure circumstances) that arose after its conclusion and which the parties could not foresee. Force majeure circumstances include: restrictive actions of bankruptcy authorities and other circumstances that directly affect the ability to fulfill obligations under the Agreement. The parties are obliged, as soon as they become aware of the occurrence of force majeure circumstances, to urgently notify the other party and provide the other party with a certificate from the Chamber of Commerce and Industry of Ukraine to confirm the existence of force majeure circumstances.

### **13. ACTIONS IN THE EVENT OF AN INSURABLE EVENT. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE FACT AND CIRCUMSTANCES OF THE OCCURRENCE OF THE INSURABLE EVENT AND THE AMOUNT OF DAMAGE(S) INCURRED:**

13.1. **The insured (Insured Person) or the person representing his/her interests must:**

13.1.1. In the event of an event that has the characteristics of an insured event, and if it is necessary to receive emergency (urgent) medical care abroad or other services provided for in the terms of the Agreement, before taking any measures related to the payment of medical expenses or the organization and payment of all other types of services, within 24 hours of the occurrence of an extraordinary event that led to the need to receive medical assistance or other services provided for in the terms of the Agreement, contact the representative office of the Assisting Company in the country of residence at the telephone numbers specified in clause 13.14 of the Agreement (or Application for joining (Acceptance, Policy)), and notify:

- number, date of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Policy), full name of the Insured person and other data specified in the Application for joining (Acceptance, Policy);

- location of the Insured Person (country and city of stay, address and contact numbers of the Insured Person, if necessary, contact numbers of the representative of the Insured Person);

- the reason for the appeal, the circumstances of the occurrence of the event that necessitated receiving urgent assistance, and the nature of the necessary assistance, the cost of the necessary services and other information that the Assisting Company or the Insurer will request.

13.1.2. If it is impossible to notify the Assisting Company within the time specified in clause 13.1.1 of the Agreement, in case of emergency medical circumstances (shock of any etiology, coma, collapse, loss of consciousness, clouding of mind, etc.) about the occurrence of an event requiring medical or other assistance, that is covered according to the terms of the Agreement (depending on the terms of the selected Program), the Insured person or the person representing his interests must contact the Assisting Company with a notification at the first opportunity;

13.1.3. If this is required by the circumstances of the occurrence of an event that has signs of an insured event, immediately (no later than 24 hours after the occurrence of an extraordinary event that led to the need to receive medical assistance or other services provided for in the terms of the Agreement) notify the relevant competent authorities or services that are authorized to investigate and/or respond to this event, including to the fact of the relevant emergency event, in particular: the relevant police authorities, the emergency (ambulance) medical service (or other relevant competent authorities or services of the country in whose territory the emergency event occurred), and to ensure the registration by such authorities of the fact of such an emergency event and the fact of a health disorder of the Insured person and/or the need for him to receive any medical care or other services provided for in the terms of the Agreement, as well as to ensure receipt of documents confirming the occurrence of such an event and its causes;

13.1.4. Provide the Assisting Company or the Insurer with documents that confirm the occurrence of an insured event and are necessary for making a decision on insurance payment, including at their request or in other cases stipulated by the terms of the Agreement;

13.1.5. Perform other actions at the request of the Assisting Company or the Insurer in the event of an insured event, necessary for receiving or organizing medical or other assistance covered under the terms of the Agreement (depending on the terms of the selected Program), as well as for confirming the insured event and/or obtaining documents, that confirm the occurrence of the declared event and its reasons.

13.2. The insured person can independently pay for the services and assistance provided to him and, after returning to Ukraine or another country of permanent residence, submit to the Insurer an appropriate application for reimbursement of his expenses, which are covered under the terms of the Agreement (depending on the conditions of the selected Program), by submitting to the Insurer the necessary documents within the terms and conditions specified by this Agreement (paragraphs 13.6-13.10 of the Agreement and taking into account other terms of the Agreement).

13.3. The parties to the Agreement agree that the Insured Person cannot refuse to be transferred to a medical institution of the country of permanent residence for further treatment from the moment when the doctor and/or representative of the Insurer determines that the Insured Person's state of health allows him or her alone or accompanied by another person return to the country of permanent residence. In case of refusal of the Insured person (his representative) to return to the country of permanent residence, the Insurer will stop further payment of treatment and will not reimburse further payment of such treatment.

13.4. The parties to the Agreement have agreed that in order to receive medical or other assistance covered under the terms of the Agreement, the Insured Person must present the Agreement (Application for Joining (Acceptance, Policy)) at the relevant health care institution or other institution providing relevant services, which are covered according to the terms of the Agreement.

13.5. The insured person must comply with the orders and recommendations of the employee of the Assisting Company and the Insurer.

**13.6. To confirm the insured event and to make the insurance payment, depending on the nature of the insured event, the following documents are provided to the Insurer:**

13.6.1. Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)) with all attachments;

13.6.2. an application with a description of the circumstances of the insured event with the relevant Insured Person (can be submitted in the form established by the Insurer, or in an arbitrary form with a full description of the circumstances of the insured event) and bank details for insurance payment;

13.6.3. a copy of the Insured's (Insured Person's) passport (all completed pages) and a copy of his/her registration number of the taxpayer's registration card (certificate on the assignment of an identification number) (if absent in cases provided for by law, a copy of the passport page with the appropriate mark, or a copy a document that replaces a passport in accordance with the law - a passport card (ID card)) and/or relevant documents of another person who has or claims the right to receive insurance benefits;

13.6.4. a copy of the relevant Insured person's foreign passport, under which the trip took place, as well as, if necessary and at the request of the Insurer, documents confirming the date of departure of the Insured person from the territory of Ukraine and the date of his entry into Ukraine or another country of permanent residence (tickets, boarding passes etc);

13.6.5. official documents confirming the occurrence of an insured event (documents from consular offices, the police, an official protocol or certificate of a traffic accident, etc.);

13.6.6. in case of illness and/or receipt of medical assistance provided for in the terms of the Agreement (depending on the conditions of the selected Program), the following are also provided:

- originals of detailed documents from medical institutions or a doctor's report with an indication of the diagnosis and a detailed list of services provided to the relevant Insured Person (with a mandatory indication of the surname, name of the patient - the Insured Person, diagnosis, date and reason for the application, duration of treatment, a complete list of services, which were provided and their cost), originals of bills of medical institutions for payment of the cost of medical services and medical

assistance provided, originals of receipts (cheques) for payment of bills, medicines, services of a doctor (hospital or other medical institution);

- original prescriptions issued by the Insured Person's doctor and receipts for payment of the prescribed drugs;
- at the request of the Insurer - other necessary documents related to the Insured Person's illness and/or medical services provided to him, in particular, primary (original) medical documents (results of laboratory tests, histological tests, results of functional, instrumental or other types diagnostics, conclusions based on the results of doctors' consultations, X-ray or other images, results of ultrasound, tomography, ECG, etc.), on the basis of which the diagnosis is established and confirmed;
- if necessary, other necessary documents related to the insured event, including at the request of the Insurer;

13.6.7. in case of incurring other expenses and/or receiving other assistance provided for in the terms of the Agreement (terms of the selected Program), depending on the circumstances of the case, the following are also provided:

- originals of detailed invoices of relevant institutions (organizations, etc.) that provided services to the Insured Person (in all cases);
- bills for overnight accommodation, meals during transportation of the Insured Person to the country of permanent residence, transportation of the body (remains) of the Insured Person, evacuation of children traveling with the Insured Person (these documents are provided depending on the circumstances of the case, in particular, with medical accompaniment, medical evacuation/repatriation, repatriation in case of death, evacuation of children);
- a copy of the boarding pass or confirmation of flight registration; copies of documents confirming the search and delivery of the Insured Person's lost luggage, registered during transportation by air, from the carrier or its agent, indicating the duration of the search for the luggage in hours and the time of its delivery; copies of documents to confirm the fact of receiving baggage with date and time (these documents are provided depending on the circumstances of the case, in particular, when receiving administrative assistance in connection with the search and delivery of lost baggage);
- other necessary documents related to the insured event, including at the request of the Insurer;

13.6.8. in the event of an accident, provided for in the terms of the Agreement, depending on the circumstances of the case, the following are also provided:

- documents from a medical institution confirming the fact of receiving an injury as a result of an accident;
- the original of official documents that confirm the fact and circumstances of the accident (an accident investigation report and/or a certificate from a competent authority in accordance with the legislation of the host country) - at the request of the Insurer;
- a certificate from a medical institution about the content of alcohol, narcotic and toxic substances in the blood of the injured Insured person at the time of the accident or immediately after its occurrence - at the request of the Insurer;
- in the case of death due to an accident, the following are also provided: a protocol on death due to an accident drawn up abroad, which contains information about the circumstances of the accident or documents from a medical institution confirming the fact of death due to an accident; an official death certificate (a notarized copy) and, if necessary and at the Insurer's request, an opinion on the circumstances (causes) of death from the relevant competent authority acting on the basis of the legislation of the country in whose territory the Insured person was; documents confirming the right to inheritance (notarized copy);
- in the case of establishment of a disability group as a result of an accident, a document issued by the Medical and Social Expert Commission of Ukraine (MSEK of Ukraine) on the establishment of a disability group for the Insured Person is also provided (a notarized copy);

13.6.9. an official medical report based on the results of a medical examination completed by the Insured person at the health care facilities or at the relevant medical specialist (doctor) specified by the Insurer at the request of the Insurer, at the request of the Insurer if it is necessary to establish the circumstances of the insured event;

13.6.10. other documents related to the insured event or necessary for insurance compensation, upon written request of the Insurer.

13.7. The documents provided to the Insurer must be drawn up in accordance with the existing norms and rules (indicate the number, date, certified by the signatures of authorized persons and seals or stamps, do not contain corrections (must be without corrections)). At the request of the Assisting Company or the Insurer, the Insured Person (Insured, Beneficiary) or another person who will have the right (or claims the right) to receive the insurance payment must provide the Insurer with other documents related to the insured event, necessary to confirm the insured event or necessary for making a decision on recognizing the declared event as an insured event or necessary for making an insurance payment. In relation to each insured event, the Insurer has the right to release the Insured Person (Insured, Beneficiary) or another person who will have the right (or claims the right) to receive the insurance payment, from the obligation to provide part of the documents from the above list of documents, or to request to provide other documents that are not provided for in such a list, but which contain information about the reasons and/or circumstances of the insured event and/or are necessary for making a decision on making an insurance payment.

13.8. Medical documents (including primary ones) that are submitted to confirm an insured event must contain mandatory information about the data of the Insured Person (name, date of birth) and the date of drawing up of such documents - as an integral part of such documents (contains in the text such documents), in particular:

- the results of instrumental or other research (ECG, X-rays, tomographic images or other similar documents or images, made with the help of medical devices or equipment) should make it possible to establish their affiliation with the Insured Person (for example: contain information about the data of the Insured Person (name, date of birth) and dates of their creation in a way that does not allow them to be changed);



- other medical documents, including doctors' conclusions or results of laboratory tests must contain the data of the Insured Person (name, date of birth) and the dates of their creation in a way that does not allow such data to be changed (for example: not written in pencil).

13.9. All documents drawn up in a foreign language are provided with an official translation into the official language of Ukraine, and must also be notarized and/or legalized (apostilled) in accordance with the legislation of Ukraine. A specific and comprehensive list of documents, on the basis of which the insurance payment is made, is determined by the Insurer when clarifying the reasons, circumstances and amount of losses. The documents necessary for insurance payment are provided to the Insurer in the form of original copies or notarized copies, or simple copies, provided that the Insurer is given the opportunity to compare these copies with the original copies. In the cases expressly stipulated by the Agreement, documents are submitted exclusively in original copies. Any expenses for obtaining documents, the list of which is given in the Agreement, are borne by the Insured (Insured Person, Beneficiary) or another person who has the right (or claims the right) to receive an insurance payment.

13.10. The documents specified in clauses 13.6-13.9 of the Contract shall be submitted to the Insurer no later than 30 (thirty) calendar days from the date of the Insured person crossing the border of Ukraine (or another country of permanent residence) upon his return to Ukraine (or another country of permanent residence). If these documents are issued by the competent authorities and cannot be provided within the above-mentioned period, then such documents are provided to the Insurer separately, no later than 2 (two) working days from the date of their receipt.

13.11. If the Insured (Insured Person, Beneficiary) or another person who has the right (or declares his right) to receive insurance compensation cannot, due to his health, take the appropriate measures provided for in clause 13 of the Agreement, then they a person who is a legal representative of such persons or another person authorized by them must perform or ensure their performance.

13.12. The obligation to confirm the occurrence of an event that can be recognized as an insured event under the Contract rests with the Insured or another person specified in the Contract. According to this Agreement, the Insured (Insured Person, Beneficiary) or another person who has the right (or declares the right) to receive the insurance is obliged to provide documents confirming the fact and circumstances of the occurrence of the insured event and the amount of the damage (losses) caused. payments Untimely or incomplete submission of documents confirming the occurrence of an insured event, the amount of damage caused, and which are necessary for the insurance payment to be made, is grounds for refusing to make an insurance payment under the Agreement and entitles the Insurer to refuse the insurance payment in accordance with the terms of this Agreement.

13.13. When settling insurance cases through the Assisting Company, the procedure and conditions for providing documents from the Assisting Company to the Insurer is determined by the procedure or procedure established between them in accordance with the relevant agreement concluded between the Assisting Company and the Insurer.

13.14. **Contact details for contacting in the event of an event that has signs of an insurance event.**

**13.14.1. To report an insurance event:**

**The main methods of contacting the contact center of the Assisting Company ENSURIA OPERATIONS for customer service (customer service is provided in the customer's language, primarily in Ukrainian):**

**Main multi-channel 24-hour phone:**

**+38 044 39 000 10** (cost of calls according to the tariffs of your telecommunications operator).

Email: [care@ensuria.com](mailto:care@ensuria.com) or Telegram <https://ensuria.me/telegram>.

**13.14.2. For advice on insurance issues or if you need any additional information, please contact the Insurer and call:**

Tel./fax: **+38 (044) 303 97 70** (during working hours from 9:00 a.m. to 6:00 p.m. and on working days, including for calls from abroad, the cost of calls according to the tariffs of your telecommunications operator link), or write to the e-mail: [event@utico.ua](mailto:event@utico.ua).

**13.14.3. For correspondence (postal items):**

01033, Kyiv, str. Saksaganskoho, 77, recipient of UTSK PrJSC.

## **14. CALCULATION PROCEDURE, TERMS AND TERMS OF MAKING INSURANCE PAYMENTS. DEADLINE FOR A DECISION ON MAKING INSURANCE PAYMENTS:**

14.1. The Insurer reimburses the costs of medical and other services provided for in the terms of the Agreement (depending on the terms of the selected Program), which were agreed upon by the Assisting Company and the Insurer, in accordance with the insurance conditions specified in the Agreement, within the limits of the sum insured and the limits of indemnity determined in accordance with the terms clauses 9, 10 of the Agreement, as well as taking into account other terms of the Agreement. With:

14.1.1. Payment of expenses to a third party for medical and other services provided for in the terms of the Agreement, which were agreed by the Assisting Company and the Insurer in accordance with the insurance conditions specified in the Agreement, may be made by the Assisting Company if the Insured Person received medical and other services provided for in the Terms of the Agreement (in depending on the conditions of the selected Program), through the Assisting Company.

14.1.2. In the case of direct payment by the Insured person (or a person representing his interests) of medical and other services provided for in the terms of the Agreement (depending on the terms of the selected Program), which were agreed by the Assisting Company and the Insurer in accordance with the insurance conditions specified in the Agreement, the Insurer reimburses such expenses of the Insured person after his return to the country of permanent residence (to Ukraine or another country of permanent residence) and on the condition that the Insurer provides the documents necessary for the payment of insurance compensation, within the terms and under the conditions specified in Clause 13 of the Agreement, as well as with taking into account other terms of the Agreement.

14.2. Insurance payment for medical expenses insurance (for insurance of expenses related to the provision of help (assistance))

to persons who got into a difficult situation during the Trip) is carried out taking into account the following conditions:

14.2.1. When insurance cases are settled through the Assisting Company, the insurance payment is made by transferring funds to the account of the Assisting Company, a medical or other institution that provided medical or other assistance services agreed with the Insurer, covered under the terms of the Agreement (depending on the terms of the selected Program), on the basis of documents confirming the occurrence of an insured event and determining the cost of actually provided (necessary) medical or other assistance, which is covered under the terms of the Agreement (depending on the terms of the selected Program) and was agreed with the Insurer (i.e. the Insurer reimburses the costs of the Assisting Company ( medical or other institution that provided relevant services) for the organization and provision of relevant services and assistance agreed by the Insurer to the Insured Person). The procedure and conditions of approval, the form of the specified documents and the settlement terms are agreed between the Insurer and the Assisting company (medical or other institution that provided the relevant services) in accordance with the relevant agreement concluded between them.

14.2.2. In the case of independent payment of services by the Insured Person, the insurance payment is made by compensating the Insured Person for the cost of medical and other services incurred by him independently, provided for in the terms of the Contract (depending on the conditions of the selected Program), which were agreed by the Assisting Company and the Insurer in accordance with the insurance conditions , specified in the Agreement, provided timely notification of the insured event and prior agreement with the Assisting Company and the Insurer to pay such expenses. In the event that the Insured person notified of the request for medical assistance or other services provided for in the terms of the Agreement (depending on the conditions of the selected Program), already after their payment, and did not agree on the payment of these medical and other services with the Assisting Company and the Insurer in advance, The Insurer reimburses the Insured Person for expenses incurred only in an amount not exceeding 100 USD (EUR) at the exchange rate of the National Bank of Ukraine on the date of occurrence of the insured event, as well as taking into account other terms of the Agreement, including regarding the terms of application of the franchise under the Agreement.

14.2.3. Insurance payment is made:

- within the limits of the actual and documented expenses, minus the franchise, the amount of which is established by the terms of the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy));
- on the basis of received documents certifying the occurrence of an insured event in accordance with the terms of the Agreement, in particular on the basis of medical and financial documents confirming the receipt of relevant services by the Insured Person and their value, but not more than the average market value of goods and services charged in the country the occurrence of an insurance event for the performance of similar services and the purchase of goods under similar circumstances;
- in the case of expenses for chronic diseases, including their exacerbation, the total amount of compensation paid under the Agreement under such circumstances for the entire period of its validity cannot exceed 10% of the insured amount.

14.2.4. The insurance payment cannot exceed the amount of direct losses suffered by the Insured person. The insurance benefit is paid only within the limits of the insured amount (relevant liability limits) established for the Insured Person. The size of the insurance payment cannot exceed the scope of the Insurer's obligations specified in the insurance contract. The total amount of payments for each Insured Person for one or more insured events may not exceed the insured amount (liability limit) established by the insurance contract for this Insured Person.

14.2.5. The insurance payment to the Insured Person is made in the national currency of Ukraine at the rate of the National Bank of Ukraine on the day of occurrence of the insured event. The currency terms for reimbursement of expenses of the Assisting Company (medical or other institution that provided relevant services) for the organization and provision of relevant services and assistance agreed by the Insurer to the Insured Person) are agreed between the Insurer and the Assisting Company (medical or other institution that provided relevant services) in accordance to the relevant agreement concluded between them. Other conditions regarding the insurance payment in the event of an insurance event for the insurance of medical expenses (for the insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip) may be applied by the Insurer, if necessary, subject to other relevant conditions of the General of the terms of the Insurance Product under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who have fallen into a difficult situation during a trip" (in the version valid on the date of conclusion of the Agreement (Application for Joining (Acceptance, Polis)).

14.3. In the case of accident insurance (if the terms of the Agreement (Application for Joining (Acceptance, Policy)) provide coverage for the insured event specified in clause 8.3 of the Agreement), the insurance payment is made within the limits of the insurance amount for accident insurance, which is determined in accordance with the terms of clause 10 of the Agreement, and is determined in the amount stipulated in Clause 14.3.1 of the Agreement, depending on the circumstances of the occurrence of the insured event (death, disability group, bodily injury (injury) as a result of an accident), provided that the Insurer provides the documents necessary for implementation insurance payment, within the terms and conditions specified in Clause 13 of the Agreement, as well as taking into account other terms of the Agreement.

14.3.1. According to the terms of the Agreement, depending on the circumstances of the occurrence of an insured event, the following amounts of insurance payments are established for accident insurance:

- a) In the event of the death of the Insured person as a result of an accident provided for in the terms of the Agreement, the Insurer shall make an insurance payment in the amount of 100% of the sum insured established by the terms of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Policy)) for accident insurance;
- b) In case of permanent loss of working capacity of the Insured Person (initial establishment of the Insured Person's disability of group I, or group II, or group III) as a result of an accident provided for in the terms of the Agreement, the Insurer shall make an insurance payment in the amount determined as a percentage of the sum insured, established by the terms of the Agreement

(Application for joining (Acceptance, Policy)) on accident insurance, depending on the disability group:

- in case the Insured Person is diagnosed with disability of the 1st group - 100% of the corresponding insurance amount;
- in case the Insured Person is diagnosed with disability of the II group - 70% of the corresponding insurance amount;
- in case the Insured Person is diagnosed with disability of the III group - 50% of the corresponding insurance amount;

c) In the event that the Insured person receives bodily injury (injury) as a result of an accident - in the amount determined as a percentage of the sum insured, established by the terms of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Policy)) on accident insurance, in accordance with The table of payments according to the conditions specified in the General Terms and Conditions of the Insurance Product for Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" (in the version valid on the date of conclusion of the Contract (Application for joining (Acceptance, Policy))).

14.3.2. Other conditions regarding the insurance payment in the event of an accident insurance event are carried out taking into account the relevant conditions of the General Terms and Conditions of the Insurance Product under Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" (as amended, which is valid on the date of conclusion of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Policy))).

14.4. The total amount of insurance payments made under the Agreement for all declared insurance cases cannot exceed the amount of the corresponding insurance amount determined in accordance with the terms of clause 10 of the Agreement. The sum insured for each class of insurance (for insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip, and for insurance against accidents) is reduced by the amount of the insurance payment made by the Insurer.

14.5. The decision to make an insurance payment is made by the Insurer no later than 30 (thirty) working days from the moment the Insurer receives all the necessary documents confirming the occurrence of the insured event and which are necessary for making the insurance payment (clause 13 of the Agreement), as well as taking into account clause 12.2 of the Agreement. The decision to make an insurance payment is formalized by an insurance act drawn up by the Insurer in the form determined by the Insurer.

14.6. The insurance payment is made by the Insurer no later than 15 (fifteen) working days from the moment of signing the insurance act drawn up by the Insurer. Insurance payment is made exclusively in non-cash form.

## **15. LIST OF EXCLUSIONS FROM THE INSURANCE AND LIMITATIONS OF INSURANCE. REASONS FOR REFUSAL OF INSURANCE PAYMENT. DEADLINE FOR A DECISION REFUSAL TO MAKE INSURANCE PAYMENTS:**

15.1. The grounds for the Insurer's refusal to make insurance payments are:

15.1.1. deliberate actions of the Insured or the person for whose benefit the Agreement was concluded (including the Beneficiary, the Insured Person) aimed at the occurrence of an insured event, except for actions taken in a state of extreme necessity or necessary defense, or cases defined by law or international customs;

15.1.2. commission of an intentional criminal offense by the Insured or the person for whose benefit the Agreement was concluded (including the Beneficiary, the Insured Person), which led to the occurrence of the insured event;

15.1.3. submission by the Insured (the person for whose benefit the Agreement was concluded (including the Beneficiary, the Insured Person), their representative or another person who declares his right to receive an insurance payment) false information about the object of insurance, circumstances that are of significant importance for the assessment of the insurance risk (including those provided for in clause 4 of the Agreement (in particular, the declaration) or about the occurrence of an insurance event, or failure to provide information about a change in the insurance risk;

15.1.4. receipt by the Insured (Insured Person, Beneficiary) of full compensation for losses from the person who caused them. If the loss is partially compensated, the insurance payment is made after deducting the amount received from the specified person as compensation for losses;

15.1.5. untimely notification by the Insured (the person for whose benefit the Agreement was concluded (including the Beneficiary, the Insured person), their representative) about the occurrence of an insured event without valid reasons or non-fulfillment of other obligations specified by the Agreement or legislation, if this resulted in the inability of the Insurer to establish the fact, the reasons and circumstances of the occurrence of the insured event or the amount of damage (damages);

15.1.6. the presence of circumstances that are exceptions to insured events and insurance restrictions provided for in Clause 15.5 of the Agreement;

15.1.7. the presence of other grounds established by law, including for insurance contracts, the obligation of which is determined by law.

15.2. The terms of this Agreement also provide for the following grounds for refusing to make insurance payments:

15.2.1. creation of obstacles for the Insurer in determining the circumstances, the nature of the insured event and the amount of payments, as well as in the exercise of the right of claim (recourse) in relation to the person guilty of the occurrence of the insured event, as well as the failure of the Insured (Insured Person) to perform the actions provided for in the occurrence of the insured event in Clause 13 of the Agreement, or untimely submission of documents or non-submission of documents provided for in Clause 13 of the Agreement, or submission of such documents in an improper form (if they are drawn up in violation of existing norms (missing number, date, stamp, signature of an authorized person, seal, there is a correction of the text, etc.) or the submission of documents signed by persons who did not have the authority to do so, or in the case of submission of documents that confirm the occurrence of an insurance event and are necessary for the insurance payment in full, or untimely and/or not submission of such documents in full, or submission of documents that contain inaccurate information about the term, reasons, circumstances and nature of the insured event and the amount of the loss;



- 15.2.2. submission by the Insured (the person for whose benefit the Agreement was concluded (including the Beneficiary, the Insured Person), their representative or another person declaring their right to receive insurance benefits) to the Insurer knowingly false information and documents that must be provided in accordance with the requirements established by the Insurer, including for the purpose of overestimating the amount of the insurance payment;
- 15.2.3. the occurrence of events that are not provided for in clauses 8.2-8.3 of the Contract or in the conditions of the selected Program, or if the declared event is not confirmed by evidence, documents provided to the Insurer, as well as in cases of concealment by the Insured (Insured Person, Beneficiary) or another person who declares his right to receive an insurance payment under the Agreement, valid causes, circumstances and consequences of an insured event;
- 15.2.4. absence of the fact of payment of the Contract (payment of the insurance premium under the Contract within the terms and amounts established in accordance with the terms of the Contract);
- 15.2.5. violation by the Policyholder (Insured Person) of the terms of the Agreement, including in case of non-fulfillment by the Insured (Insured Person) of his duties set forth in the Agreement or determined in accordance with the terms of the Agreement;
- 15.2.6. failure to confirm the diagnosis by a health care institution, a medical document (ambulatory card or extract from the medical history) during the period of validity of the Agreement (including the claim for payment);
- 15.2.7. occurrence of medical and other expenses of the Insured Person, the reimbursement of which is provided for in the Agreement, without deterioration of the Insured Person's health as a result of an accident, sudden illness or exacerbation of a chronic disease that poses a threat to his life, and/or in cases where medical and other expenses of the Insured Person persons whose compensation is stipulated by the Agreement, were not previously agreed with the Assisting Company and the Insurer (with the exception of cases expressly stipulated by the terms of the Agreement);
- 15.2.8. if on the date of concluding the Agreement or at the time of crossing the border, the Insured Person was a disabled person of the I, II or III groups (or had a permanent impairment of body functions caused by diseases or the consequences of injuries that occurred before the effective date of the Agreement) or his state of health did not meet other conditions specified in Clause 4 of the Agreement;
- 15.2.9. if on the date of concluding the Agreement or at the time of crossing the border, the Insured Person was undergoing inpatient or outpatient treatment or was recognized as incapacitated in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;
- 15.2.10. occurrence of an event with the Insured Person, if his/her age at the time of conclusion of the Agreement or on the date of occurrence of the insured event falls within the age limits established by Clause 3 of the Agreement;
- 15.2.11. if the trip did not start from the territory of Ukraine or if the Insured person is not a citizen of Ukraine, as well as in the case when the Insured person was outside the territory of Ukraine on the date of conclusion of the Agreement.
- 15.2.12. refusal to provide the Insurer with medical documentation citing medical confidentiality, or non-fulfillment by the Insured (Insured Person) of the terms of clause 12.3.12 of the Agreement, as well as other grounds stipulated by the terms of the Agreement, including cases provided for in Clause 15.5 of the Agreement.
- 15.3. Under this Agreement:
- 15.3.1. The Insurer is released from the insurance payment in the event that the Insured (Insured Person) does not eliminate circumstances that increase the degree of insurance risk within the period agreed with the Insurer, including the occurrence of circumstances that increase the probability of the occurrence of an insured event and/or increase the amount of potential loss, and the Insurer has notified the Insured (Insured Person) in writing of the need to eliminate them, or failure to pay an additional insurance premium for increased insurance risk, including upon the occurrence of circumstances that increase the probability of an insured event and/or increase the amount of potential loss;
- 15.3.2. The Insurer is released from the insurance payment in cases of failure by the Insured (Insured Person) to comply with the instructions of the Assisting Company (Insurer, health care facility or their authorized representatives) regarding the organization and receipt by the Insured (Insured Person) of medical care and medical services, reimbursement of expenses for which the Contract provides (selected Program), as well as internal procedures and rules of stay in health care facilities or other places where the Insured Person is provided with services provided for by the Agreement (selected Program);
- 15.3.3. if the Beneficiary or another person who has the right to receive an insurance payment waives the right to receive compensation for the damage (damages caused) from the person responsible for causing it, then the Insurer has the right to refuse compensation for such damage (damages caused) in part or in full ;
- 15.3.4. The Insurer does not cover damages of a non-property nature (moral damage), as well as any other indirect damages, or damages caused by a professional error of a doctor, or damages related to any liability of the Insured (Insured Person), or any damages, damage to the Insured Person's property;
- 15.3.5. The Insurer does not cover losses or expenses for the search and rescue of the Insured Person, losses or expenses that could be delayed until the Insured Person's return to the country of permanent residence;
- 15.3.6. The insurer does not cover losses or expenses incurred in Ukraine (or another country of permanent residence), even if they are related to the insured event;
- 15.3.7. The Insurer does not cover the losses or expenses of the Insured Person (its representatives or other third parties) in case of providing the Insurer with knowingly false information, falsified documents regarding the Insured Person's state of health or the fact of payment for services received or an unjustified increase in the amount of the insurance payment;
- 15.3.8. The insurer does not make an insurance payment upon the occurrence of an event that has the characteristics of an insured event, in cases and during the period when the insurance protection (insurance coverage) did not operate in accordance with the terms of the Agreement, and the insurance payment is not made in other cases determined by the terms of the Agreement.
- 15.4. The Insurer's liability under the Agreement does not extend to the country of permanent residence of the Insured Person

(the territory of Ukraine and/or another country of permanent residence of the Insured Person), as well as to the territory or zone of military conflict, the territory of any anti-terrorist or military operations or activities, and also on territories/countries in respect of which peacekeeping measures are applied, including under the mandate of the United Nations (UN), or on temporarily occupied territories, including illegally, temporarily occupied and/or alienated territories of any country, on the territory of which the Insured person is located, as well as in the territory/countries recognized in accordance with the established procedure by international law or declared by state authorities (in particular, the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine) or international organizations as territories/countries that are undesirable for visiting and staying in which poses a threat to life or people's health. Events that occurred during the Insured person's stay in the specified territories (including any diseases, accidents, visits to health care facilities, hospitalization, the need to receive any medical or other assistance, etc.) are not recognized as insured events under the Agreement and insurance payments are not made for them.

15.5. The insurance payment under this Agreement is not carried out and the insured events do not include events that occurred as a result of or during the following events, as well as exceptions to insured events and insurance limitations are the establishment of any of the following:

15.5.1. Events stipulated by the Agreement are not recognized as insured events, if they occurred as a result of or are related to:

15.5.1.1. illness of the Insured person for infectious, parasitic and viral diseases, except SARS, the incubation period of which is longer than the period of stay of the Insured person abroad at the time of registration of the disease by a medical institution, but taking into account the exclusions of Clause 15.5.1.7 of the Agreement and other conditions of the Agreement;

15.5.1.2. neoplasms, diseases of the endocrine system, if the corresponding diagnosis was established to the Insured Person by a medical institution within the first two months after the entry into force of the Agreement;

15.5.1.3. a disease that the Insured Person contracted before the Agreement came into force, congenital defects or defects of the Insured Person (including congenital or hereditary diseases, conditions, pathological processes, etc., osteopenia, osteoporosis, fractures due to such diseases, osteoporotic fractures );

15.5.1.4. diseases and diagnoses of the Insured Person related to pregnancy and childbirth, except for ectopic pregnancy; any events or expenses related to postnatal care of the child, as well as contraceptives;

15.5.1.5. diseases or accidents that are the result of being under the influence or the result of the Insured person's use of alcohol, drugs, psychotropic or toxic substances or their analogues, medicines not prescribed by a doctor, self-medication; stay of the Insured person in a state of alcoholic, toxic or narcotic intoxication on the date of occurrence of the insured event (events that have the characteristics of an insured event);

15.5.1.6. diseases or an accident that are the result of an Insured Person's suicide attempt, except for those cases when the Insured Person was brought to such a state by illegal actions of third parties, as well as cases of Insured Person's suicide;

15.5.1.7. diseases that are associated with mass epidemics and require the introduction (or have already been introduced) of a set of quarantine measures (including in cases of diseases for which a pandemic has been declared or quarantine measures have been introduced in the host country, etc. ), as well as regarding any viral diseases such as H1N1, H3N2, H5N1, etc. or coronavirus infections, including betacoronaviruses (for example: MERS-CoV and SARS-CoV, Covid-19 (except for the cases and conditions of coverage for Covid-19, defined in clause 9.1.1.6 of the Agreement), etc.);

15.5.1.8. trip (journey) of the Insured person to the territory of the state, which is not recommended for entry or travel by the Ministry of Foreign Affairs of Ukraine;

15.5.1.9. neglect of existing medical contraindications for diving for the relevant Insured person, or as a result of the Insured person's use of medical drugs that are not allowed, not recommended or prohibited during diving, or diving without a valid diver's certificate of the relevant category, or related to or are the consequences of diving on a depth of 40 meters and more (all other depths from 40 meters) (except in cases of damage to the equipment, which led to a temporary loss of buoyancy lasting no more than 1 minute, which must be documented, and unless there is a separate written agreement of the Insurer regarding coverage under the terms of the Agreement cases related to diving to a depth of 40 meters or more (all other depths from 40 meters) (in the absence of such separate written consent of the Insurer, such conditions are not covered in any case. Written consent is understood as a separate document in the form of an additional agreement, signed by the parties in the prescribed manner based on the results of the corresponding individual underwriting). In addition, without a separate written consent of the Insurer (which must be separately executed in the same way as indicated above), events related to Insured persons who have not reached the age of majority and engaged in diving without their parents (guardians or other authorized persons) are not covered. , who have a valid diver's certificate of the corresponding category, and/or an instructor who has a corresponding valid certificate confirming the status of a diving instructor (in any case diving to a depth of 40 meters and more (all other depths from 40 meters) for such Insured persons who have not reached the age of majority are not covered by the terms of the Agreement));

15.5.2. The insurer is not responsible for reimbursement of expenses:

15.5.2.1. for any medical services or medical supplies related to diagnosis or treatment, which are not reasonably necessary, as well as according to which the Insurer will determine the unreasonableness of their use or receipt by the Insured person on the basis of the information received by the Insurer or on the basis of the documents received by him ;

15.5.2.2. for any services related to the provision of services by a medical institution that does not have an appropriate license or a person that does not have the right to perform medical activities;

15.5.2.3. for any services and treatment of any duration and scope provided in sanatorium-resort, balneological and other similar institutions, as well as for any medical services, goods and medicines aimed at recovery and prevention, or for carrying out restorative treatment therapy, rehabilitation or physiotherapy;

15.5.2.4. for any services and treatments that are considered experimental or research in nature;

15.5.2.5. for any care, medical services, goods and medicines related to the diagnosis and treatment of congenital, chronic diseases

and diseases that started during the Insured person's stay in the country of permanent residence. In such cases, only the costs of emergency medical assistance (provision of rapid emergency medical care) necessary to save the Insured person's life are paid;

15.5.2.6. for the provision of additional comfort, namely: "luxury" type board (and other categories other than standard), radio, television, telephone, air conditioner, air humidifier, services of a hairdresser, massage therapist, beautician, translator, taxi, etc. others;

15.5.2.7. for medical services or medical care that exceed the moderate, justified amounts of their payment for the host country, i.e. are not usual, justified and reasonable;

15.5.2.8. for any services for carrying out preventive measures, disinfection, preventive vaccinations, prescribing vitamins, injections, vaccinations, general medical examinations, medical examinations, issuing (receiving, processing) medical certificates and certificates; for any expenses for conducting medical examinations and laboratory tests not related to an accident or sudden illness of the Insured Person;

15.5.2.9. for any medical services that are not medically necessary or for treatment not prescribed by a doctor; diagnostic manipulations (including consultations and laboratory tests) provided without further treatment;

15.5.2.10. expenses incurred due to the Insured Person's failure to comply with the recommendations of the doctor treating him/her;

15.5.2.11. for any medical examinations not related to a sudden illness, bodily injury, acute pain and a condition that poses a threat to the life of the Insured Person;

15.5.2.12. for any services related to plastic, reconstructive, cosmetic surgery and any prosthetics, provision, purchase or repair of auxiliary aids (glasses, contact lenses, hearing aids, any prostheses (including dentures, artificial teeth, eyes, etc.), crutches, canes, wheelchairs, means for metal osteosynthesis (pins, screws, plates, pins, etc.) for organ and tissue transplantation; for operations with the use of an artificial circulatory system (ACC), replacement therapy, treatment of infertility, impotence, sexual dysfunctions, contraception;

15.5.2.13. for abortion, except in cases of sudden complication or accident (in this case, the pregnancy period should not exceed 3 months);

15.5.2.14. for any services of a dentist and an ophthalmologist, with the exception of pain relief, emergency treatment within the limit determined when concluding the Agreement;

15.5.2.15. related to artificial insemination, infertility treatment; costs of angiography, as well as costs related to operations on the heart and blood vessels, including angioplasty, shunting, stenting;

15.5.2.16. for carrying out all types and forms of autogenic training, treatment with non-traditional methods or methods of non-traditional medicine, hypnosis, psychotherapy, as well as for examination and treatment with methods of manual therapy, reflexology (acupuncture), chiropractic, massage, homeopathy, phyto- and naturotherapy and other methods of unproven medicine, experimental treatment;

15.5.2.17. related to the burial of the Insured person, including necessary ritual services;

15.5.2.18. for the treatment of diseases transmitted mainly by sexual means, as well as diseases that are their consequence; for the treatment of venereal diseases and AIDS, as well as all diseases caused by the HIV virus and (or) any forms of hepatitis and their consequences; for the treatment of alcoholism, drug addiction, drug addiction, especially dangerous infections (smallpox, plague, cholera, anthrax);

15.5.2.19. for the treatment of oncological diseases, mental disorders or diseases, their consequences;

15.5.2.20. for the treatment of complications or side effects of medicines and food supplements, the consequences of their use;

15.5.2.21. for the treatment of pathological bone fractures due to congenital or acquired physical defects before the effective date of the Agreement;

15.5.2.22. for the treatment and diagnosis of any skin diseases, including photoallergies and sunburns or other changes in the skin caused by exposure to ultraviolet radiation; for the treatment and diagnosis of sun and heat stroke (except for the costs of emergency medical assistance necessary to save the Insured person's life);

15.5.2.23. for the treatment of allergies, with the exception of conditions accompanied by intoxication or swelling of the respiratory tract; for the treatment of altitude, decompression (caisson) disease;

15.5.2.24. that exceed those necessary when the health of the Insured Person has improved to such an extent that he or she can return to the country of permanent residence alone or accompanied by another person;

15.5.2.25. for treatment in the country of permanent residence;

15.5.2.26. for any cases of receiving assistance at medical institutions not specified or agreed with the Assisting Company (except for cases specified by the terms of the Agreement), or if receiving such assistance or reimbursement of expenses was not previously agreed with the Insurer, as well as for any expenses for medical and/or other services not provided for in the Agreement, or medical and/or other services not agreed with the Assisting Company and/or the Insurer in the manner specified by this Agreement;

15.5.2.27. for testing for COVID-19 at the request of the Insured Person without a referral from a treating physician and/or in laboratories that do not have the appropriate certification, namely the first or second level of accreditation, as well as in cases of testing of Insured Persons without a referral from a treating physician;

15.5.2.28. for the treatment, observation / quarantine of the Insured persons in the absence of recommendations from the relevant competent authorities of the country of travel regarding such actions in relation to specific Insured persons specified in the Joining Application (Acceptance, Policy);

15.5.2.29. if the Insured person has been diagnosed with laboratory-confirmed infection with COVID-19 in the country of permanent residence within 14 days before the start of the trip;

15.5.2.30. if the suspicion of infection with COVID-19 without manifestations of the disease is the result of contact with persons



who are not insured under the Contract (Joining Application (Acceptance, Policy)) and did not live with her in the same hotel room;

15.5.2.31. on the consequences of the disease due to COVID-19, which the Insured person contracted outside the term and place of validity of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Policy));

15.5.2.32. for the treatment of a laboratory-confirmed disease of COVID-19 in medical institutions that are not accredited by the state of travel as those that have infectious diseases departments and can provide medical care for the illness of COVID-19;

15.5.2.33. for expenses related to diagnosis, treatment and/or observation in the event that the Insured person grossly violated the rules of personal hygiene, personal safety and the rules of behavior in recreation areas, including those recommended by the Insurer, the travel operator and the instructions of accommodation base employees (hotels, beaches, etc.);

15.5.2.34. for the treatment of illness or injuries caused by force majeure circumstances, including adverse meteorological conditions, provided that the territory where the Insured Person is located is officially recognized (or has the status) by the competent state authorities as a zone of possible natural disaster, a quarantine area, etc., if such an announcement was made before the entry into force of the Agreement;

15.5.2.35. for the transportation of the Insured person from one medical institution to another without the participation of the Assisting Company or without prior agreement with the Assisting Company (without the approval of the Insurer);

15.5.2.36. for the treatment of minor traumatic injuries/minor injuries of small sizes (i.e., with damage to the skin covering an area of up to 3 square centimeters and without significant bleeding and the treatment of which does not require medical intervention in order to prevent infection of the body (for example, sores, scratches, cuts, etc.));

15.5.2.37. for any procedures related to rinsing the auricle, as well as related to ear disease without the presence of a pain syndrome (including sulfur plugs complicated by hypothermia and (or) ingress of water);

15.5.2.38. for the treatment of skin diseases (including dermatitis, urticaria and erythema), insect bites, stings of jellyfish, seaweed, allergic reactions that do not threaten life;

15.5.2.39. for the treatment of diseases of the gastrointestinal tract that do not require parenteral (injection, infusion) treatment and/or do not pose a threat to life and are associated with common stomach disorders (due to bad food, unwashed hands, etc.);

15.5.2.40. for the treatment of ARVI, ARVI without the presence of hyperthermic syndrome (without body temperature less than 38 degrees Celsius);

15.5.2.41. for the treatment of allergic conjunctivitis, eye diseases associated with improper care of contact lenses;

15.5.2.42. for paid treatment in a medical facility or stay for observation (isolation), as well as any additional costs that are provided to the Insured Person free of charge according to the rules of the country of residence or compensated by third parties;

15.5.2.43. for paid treatment in a medical institution, as well as any expenses, if the Insured Person has the right to free medical care and/or relevant services are provided to the Insured Person free of charge;

15.5.2.44. which arose as a result of the Insured person's refusal to comply with the prescriptions of the doctor, the Assisting Company or the Insurer, received by the Insured person (its representative) in connection with an appeal regarding an insured event;

15.5.2.45. which arose as a result of the Insured person's (her representative) refusal to evacuate to the country of permanent residence in those cases when it is allowed for medical reasons;

15.5.2.46. which arose as a result of diseases and injuries received by the Insured Person and associated with unjustified risk and danger of causing damage to life and health;

15.5.2.47. which are related to a change in body weight or treatment of obesity, body modification for the purpose of improving the psychological, mental or emotional state, including surgical sex change;

15.5.2.48. for medical services, goods and medicines related to age-related degenerative-dystrophic processes, hereditary, professional, mental diseases, psychogenic diseases, speech disorders;

15.5.2.49. for medical services, goods and medicines in connection with epilepsy, diabetes, bronchial asthma, systemic connective tissue diseases, benign and malignant oncological diseases, tuberculosis, hematological, autoimmune and demyelinating diseases, chronic renal failure, viral hepatitis, except for hepatitis A, liver cirrhosis; for medical services, goods and medicines in connection with the complication of peptic ulcer disease (multiple ulcers of the colon and/or stomach, penetration of the ulcer, stenosis of the portal vein), in addition to the provision of quick emergency medical care necessary to save the life of the Insured Person;

15.5.2.50. for operations due to vascular aneurysms, except for emergency operations for complicated aneurysms of cerebral vessels, when there is a threat to the life of the Insured person; for treatment with hypolipidemic drugs;

15.5.2.51. for any services that are not provided for in the terms of the Agreement or that were not agreed by the Insurer, and the Insurer is not responsible for reimbursement of expenses in other cases according to the terms of the Agreement.

15.5.3. The insurer is exempted from payment of insurance compensation if the insured event occurred:

15.5.3.1. due to the Insured Person's own intentional actions, his inaction, exposing himself to risk (except when it is related to saving a person's life); as a result of an accident caused by the Insured Person's fault, including suicide attempts; as a result of the Insured (Insured Person) committing illegal acts or the Insured (Insured Person) participating in illegal acts or attempting to commit or committing illegal acts confirmed by decisions of the court, prosecutor's office, police, etc.; intentional infliction of physical injuries by the Insured person, including as a result of careless handling of weapons, regardless of mental state; deliberate actions, intention or carelessness of the Insured person, which led to the occurrence of an insured event;

15.5.3.2. due to a mental or nervous disorder or any condition of psycho-neuropathic origin (including convulsive states, neuroses (panic attacks, depression, hysterical syndromes, etc.) and their exacerbations), including those diagnosed before the effective date of the Agreement, their consequences;

15.5.3.3. as a result of a nuclear explosion, the action of radiation, radioactive, chemical, bacteriological pollution, natural disasters, natural disasters and dangerous natural phenomena, as well as their consequences;

15.5.3.4. as a result of any military actions, maneuvers or other military measures, civil war, civil disturbances of any kind, strikes, lockouts, terrorist acts, etc. events, as well as their consequences;

15.5.3.5. as a result of illegal actions (inaction) of state bodies, local self-government bodies or officials of these bodies, including those that occurred as a result of the above-mentioned bodies and officials issuing documents that do not meet the requirements of the law, as well as their consequences;

15.5.3.6. as a result of driving any vehicle while under the influence of alcohol, drugs, or toxic intoxication or under the influence of drugs that limit the ability to drive a vehicle (including sleeping pills or tranquilizers, psychotropic or toxic substances or medications); or driving a vehicle without a valid driver's license of the appropriate category or without a valid document that gives the right to drive such a vehicle, or as a result of driving a vehicle that such a person does not have the right to drive; or transferring control of the vehicle to a person who was in a state of alcoholic, narcotic, toxic intoxication or under the influence of drugs that limit the ability to drive a vehicle (including sleeping pills or tranquilizers, psychotropic or toxic substances or medications), or a person who does not have a valid driver's license of the corresponding category or the right to drive such a vehicle, as well as if the Insured person, knowing this in advance, drove (was in) a vehicle driven by a person who does not have a driver's license or is under the influence of alcohol, narcotic or toxic substances;

15.5.3.7. as a result of the Insured Person's flights on any aircraft, control of this aircraft, except for the case of flying as a passenger on an aircraft of a licensed air carrier.

15.5.4. The insurance payment is not made if the insured event occurred during the performance of any type of work or training by the Insured Person (under the term "Work/Study" according to the Contract, it is understood that the Insured Person performs any type of work for hire (contract), including part of physical work, training (including industrial, student practice, training, etc.)), professional or amateur sports (under the term "Sport" according to the Agreement, the activity of subjects in the field of physical culture and sports, aimed at identifying and a unified comparison of people's achievements in physical, intellectual and other training (training) through sports competitions and appropriate preparation for them), during active recreation (the term "Active recreation" in accordance with this Agreement means a way of spending free time, a type of hobby, in the process of which the vacationer engages in active activities that require active physical work of the body, work of muscles, and the whole body. In particular, active recreation includes:

- the following types of active recreation or active activities (only at the amateur level, without participation in competitions): winter sports (mountain skiing and snowboarding at the amateur level at ski resorts during recreation); cross-country ski walks; diving (diving depth up to 18 meters (diving to a depth of 40 meters is considered "sport", and diving to a depth of 40 meters and more (all other depths from 40 meters) are not covered by standard insurance conditions and require separate underwriting and may be covered under the contract only with the separate written consent of the Insurer)), swimming (in pools, rivers, seas, etc.), aqua aerobics; fishing, hunting, shooting (bullet, bench, bow, crossbow, etc.); rafting (1-2 level of difficulty (all other levels are considered "sport")); horseback riding or riding on horses, camels, elephants, etc.; parasailing (flying with a parachute (parasailing) behind a boat); sports tourism, hiking/trekking (1-2 difficulty categories, provided that the ascent is not more than 2,500 meters (all other categories are considered "sport")), cycling, cycling, quad biking, jet skiing and buggies etc. (including the stay of the insured person as a passenger), skateboarding, kiting, geocaching, speleotourism, kayaking, jet skis, scooters, etc.; tennis, golf, roller skating, volleyball (including beach), football (including beach), squash, badminton, running, etc.; others subject to the conditions of active recreation;

- unprofessional practice of any sports.

15.5.4.1. At the same time, the Parties have agreed that the exclusion specified in Clause 15.5.4 of the Agreement does not apply and the insurance payment is made if, upon concluding the Agreement, the Parties have agreed and defined accordingly in the Joining Application (Acceptance, Policy):

- the purpose of the trip is "Sports" and/or "Active recreation", as evidenced by the "Yes" mark placed in the corresponding field "Sports" or "Active recreation" in the conditions of the Application for joining (Acceptance, Policy) in the section "Additional insurance conditions" ; or

- the purpose of the trip is "Work/Study", as evidenced by the "Yes" mark in the corresponding "Work/Study" field in the conditions of the Joining Application (Acceptance, Policy) in the "Additional insurance conditions" section.

15.5.5. Insurance protection (insurance coverage) is valid only during the insurance period specified in the Application for Accession (Acceptance, Policy) and is provided for the number of insured days specified in the Application for Accession (Acceptance, Policy). The insurer is not liable under the Agreement if the insured event occurred outside the scope of the Agreement.

15.5.6. Sudden illnesses, aggravation of chronic diseases and accidents that occurred before the start of the Agreement in the country of permanent residence, which led to medical expenses abroad, are not insured events and the Insurer is not responsible for these events.

15.5.7. If the Insured Person made a trip for the purpose of receiving treatment or expected to receive treatment, the Insurer does not reimburse medical expenses for treatment that is the purpose of the trip or the intended treatment, as well as expenses caused by the deterioration of the Insured Person's health or death in connection with this treatment.

15.6. The Insurer shall make a decision to refuse insurance payment within a period of no more than 30 (thirty) working days from the moment the Insurer receives the application for insurance payment and the documents specified in clause 13 of the Agreement, taking into account clause 12.2 of the Agreement, and within 10 (ten) working days from the day such a decision was made, the Insured Person (Beneficiary) is notified in writing with the reasons for the refusal.

15.7. The insurer's decision to make or refuse to make an insurance payment can be appealed by the insured in court. If the refusal to make an insurance payment or the amount of the insurance payment paid under this Agreement was not appealed by the Beneficiary in court within 1 (one) year from the date of such refusal or the date of payment, then such refusal or the amount of the insurance payment, paid by the Insurer under this Agreement, is accepted by the Parties as fair and is not subject to further appeal.

## **16. PROCEDURE FOR AMENDMENT AND TERMINATION OF THE AGREEMENT:**

16.1. Amendments and additions are made to this Agreement with the consent of the Insured and the Insurer by concluding additional agreements signed by the Parties, which become an integral part of this Agreement.

16.2. Changes to the terms of this Agreement are carried out with the consent of the Insured and the Insurer based on the application of one of the Parties to the Agreement, which is submitted 30 (thirty) calendar days before the date of making these changes. The decision to change the terms of the Agreement is made within 5 (five) calendar days from the moment of receipt of the application by the other Party under the Agreement and is formalized by an additional agreement to the Agreement, which becomes an integral part of the Agreement. If the Insurer or the Insured does not agree with making changes to the Agreement, then within 5 (five) calendar days, the issue of the validity of the Agreement on the previous terms or its termination shall be resolved. From the moment of receipt of an application by one of the Parties to the Agreement until the moment of making a decision, the Agreement continues to operate under the previous conditions.

16.3. Changes that occur in the insurance risk after the conclusion of the Contract and that increase the extent or scope of the Insurer's liability give him the right to change the insurance conditions or charge an additional insurance premium. If, during the validity of the Agreement, new circumstances are discovered that increase the probability of an insured event and/or increase the amount of potential loss, the Insurer may increase the amount of the insurance premium without changing the amount of the insured amount. If the Insured refuses to make appropriate changes to the Contract, the Insurer has the right to prematurely terminate the Contract in accordance with the procedure provided by the Contract or legislation.

16.4. Termination of the Agreement. The validity of the Agreement is terminated and the Agreement loses its validity by agreement of the parties, as well as in the case of:

- 1) expiration of the Agreement;
- 2) fulfillment by the Insurer of its obligations to the Insured in full;
- 3) non-payment by the Insured of the regular part of the insurance premium within the period established by the contract (in case of payment of the insurance premium in installments). At the same time, the Agreement is considered prematurely terminated from the day following the day of payment of the next part of the insurance premium established in the Agreement, unless otherwise stipulated by the terms of the Agreement;
- 4) liquidation of the Insured - a legal entity or the death of the Insured - a natural person (except for the cases stipulated by the Law of Ukraine "On Insurance");
- 5) liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;
- 6) entry into legal force of a court decision declaring the Agreement invalid;
- 7) in other cases provided for by the legislation of Ukraine and the Agreement.

16.5. According to the terms of the Agreement, the validity of the Agreement is terminated and the Agreement becomes invalid also in the event:

16.5.1. In the event of an increase in the degree of insurance risk (change in the conditions of the Trip, country of destination or stay of the Insured Person, change in the purpose of the trip (tourism, sports, work/study, active recreation), performance of activities with increased risk in accordance with the list defined by the current legislation of Ukraine, or professional engaging in sports on a permanent basis, a change in the Insured's state of health, including the one declared at the time of concluding the Agreement in accordance with Clause 4 of the Agreement, etc.) and if the Insured does not agree to a change in the terms of the Agreement or did not notify the Insurer or did not notify the Insurer in time The Insurer about such a change - the Agreement is terminated from the moment of the change in the degree of insurance risk, and the Agreement becomes invalid.

16.5.2. In the event that the amount of the insurance payment paid for the relevant Insured Person is equal to the sum insured under the Contract, established in accordance with the terms of the Contract for such Insured Person, then the effect of the Contract shall be terminated in relation to such Insured Person.

16.6. The Agreement may be prematurely terminated at the request of the Insured or the Insurer. Either party is obliged to notify the other party in writing of the intention to terminate the Agreement early no later than 30 calendar days before the date of termination of the Agreement.

16.7. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Insured, the Insurer shall return to him the insurance premium for the period remaining before the expiration of the Agreement, deducting the costs directly related to the conclusion and execution of this Agreement and the actual insurance payments made pursuant to it Insurance contract. If the Insured's claim is caused by the Insurer's violation of the terms of the Agreement, the Insurer shall return the insurance premium paid to the Insured in full.

16.8. In the event of early termination of the Agreement at the request of the Insurer, the insured will be refunded the insurance premium paid in full. If the Insurer's claim is due to the Insured's non-fulfillment of the terms of the Agreement, the Insurer shall return to him the insurance premium for the period remaining before the expiration of the Agreement, deducting the costs directly related to the conclusion and execution of this Agreement and the actual insurance payments made pursuant to it By contract.

16.9. According to the terms of the Agreement, the Insurer shall return the insurance premium calculated by him (part thereof) for the period remaining before the expiration of the Agreement, within a period not exceeding 30 calendar days from the date of early termination of the Agreement. In the event of early termination of the Contract, which left unsettled insured events, the



final settlement between the Insured and the Insurer is made after the Insurer makes a decision to recognize the event as insurable and make an insurance payment, or the Insurer makes a decision not to recognize the event as insurable, and/or the Insurer makes a decision to refuse in making an insurance payment.

16.10. In the event of early termination of the Insurance Contract, cash refunds are not allowed if insurance payments were made in non-cash form.

**16.11. The actual share of the Insurer's costs (burden) directly related to the conclusion (acquisition costs) and execution of the Agreement is 60%.**

**17. DISPUTE RESOLUTION PROCEDURE:**

17.1. Disputes arising between the Parties to the Agreement are resolved through negotiations.

17.2. If the Parties to this Agreement do not reach an agreement through negotiations, then disputes are resolved in accordance with the procedure established by the law of Ukraine.

**18. OTHER TERMS. SPECIAL CONDITIONS:**

18.1. Under the terms of the Agreement:

1) Assisting company – a business entity acting on the basis of a contract with the Insurer and providing assistance (assistance services) to the Insured persons or other persons specified in the Contract, under the conditions stipulated by the Contract. Under the terms of this Agreement, the Assisting company is defined in the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)) as a specialized service, which, acting on behalf and on behalf of the Insurer, coordinates the actions of the Insured Person and third parties providing services to the Insured Person, in the event of of an insured event during the trip or directly provides the Insured Person with the services provided by the terms of the Agreement during the trip (depending on the selected Program), namely the service, contact data and information specified in clauses 13, 19 of the Agreement and/or the Joining Application (Accepts, Policies);

2) Acute illness – a condition of the body that arose suddenly and threatens the life and health of the Insured Person (with the exception of an exacerbation of a chronic disease) and requires emergency (urgent) medical assistance, which cannot be postponed until the Insured Person returns from the trip;

3) Acute pain – acute pain should be understood as such a reaction of the nervous system to an external or internal stimulus, which, in case of failure to provide emergency medical aid, may lead to the development of painful shock, which will pose a threat to the Insured person's life;

4) Exacerbation of a chronic disease – a stage of the course of a chronic disease characterized by an increase in existing symptoms or the appearance of new ones in the Insured Person. Chronic disease (chronic disease) – a chronic form of the course of an illness or health disorder of the Insured Person, which manifested itself (started) in the Insured Person before the commencement of the Agreement and is accompanied by an open or hidden violation of the physical, physiological and mental functions of the entire body or its individual parts and may require medical supervision and treatment;

5) Country of permanent residence: Ukraine or another country of which the Insured is a citizen or in which the Insured lives for a total of at least 183 days during a calendar year;

6) Carelessness (gross carelessness) is a form of guilt characterized by the fact that a person either anticipated the possibility of negative consequences of his behavior (damages), but lightly counted on their aversion (non-occurrence), or did not foresee the possibility of such consequences, although he should or could foresee them;

7) Accident - a sudden, accidental, time-limited, unpredictable and independent of the will of the Insured person (Insurer, Beneficiary) event that occurred as a result of external influence, including illegal actions of third parties, and led to damage to life, health, of the Insured Person's working capacity, in particular to traumatic damage to the Insured Person's body tissues with violation of their integrity and functionality, deformation and impairment of the musculoskeletal system, mutilation or other health disorder of the Insured Person, his death (death). Such events (external influence) include: accidental entry of a foreign body into the respiratory tract; drowning; accidental poisoning with poisonous substances (except food poisoning); wounds, injuries caused as a result of: physical injuries caused by another person (criminal actions of third parties), burns (except solar), frostbite, electric shock or lightning, transport accidents (air crashes - during air transportation, road traffic accidents - during road transport, shipwreck - during sea or river transport, railway accident (catastrophe) - during railway transport), fire, natural phenomenon (earthquake, tsunami, landslide, flood, hurricane and others, the occurrence of which will be documented), contact with representatives of the animal and plant world (bites of animals, bites of poisonous insects or representatives of marine fauna, the action of poisonous plants, but except for cases of intentional or careless treatment of representatives of the animal and plant world, including their feeding, keeping, breeding, etc. ); accidental fall on the Insured person of foreign objects (parts of buildings, etc.) or other external events that led to traumatic damage to the body tissues of the Insured person with a violation of their integrity and functionality, deformation and violation of the musculoskeletal system, mutilation or other health disorder of the Insured person, his/her death (taking into account the limitations and exclusions established by the relevant conditions of Clause 15 of the Agreement). Diseases and their consequences, as well as the gradual influence of the above factors, are not considered an accident;

8) A trip (trip) is a stay outside the country of permanent residence, namely a temporary departure of the Insured Person outside the country of permanent residence of the Insured Person for tourist, health, educational or professional business purposes or for any other purpose not prohibited by law country of residence;

9) The insurance program (Program) is a list of medical and diagnostic and other services of a certain volume and quality, provided to the Insured Person in the volumes and on the terms stipulated by the Agreement. The Program chosen by the Insured under the Contract is indicated in the corresponding clause of the Joining Application (Acceptance, Policy);

10) Sudden illness – a condition of the body that arose suddenly and threatens the life and health of the Insured person (with the

exception of exacerbation of chronic diseases) and requires emergency medical care, which cannot be postponed until the Insured person returns from the trip;

11) Health disorder - a health disorder should be understood as a consecutively developed painful process directly related to an injury (trauma);

12) Insurance protection - a set of obligations of the Insurer to the Insured in accordance with the terms of the Agreement;

13) Bodily injuries (injuries) are injuries (injuries) that consist in a violation of the anatomical integrity of organs and tissues or their physiological functions.

18.1.1. Other relevant terms and definitions provided for in the Agreement are established in accordance with the relevant General Terms and Conditions of the Insurance Product and legislation.

18.2. According to the terms of Article 107 of the Law of Ukraine "On Insurance", the Insured has the right to withdraw from the Contract (taking into account the conditions specified in the Contract).

18.2.1. The insured has the right within 30 calendar days from the date of conclusion of the Agreement to withdraw from such agreement without giving reasons, except for:

1) insurance contracts, the term of which is less than 30 calendar days;

2) cases, if the occurrence of an event that has the characteristics of an insured event has been notified under this Agreement;

3) cases defined by the second paragraph of the first part of Article 97 of the Law of Ukraine "On Insurance", in which the Insured has the right to withdraw from the insurance contract within 45 days.

18.2.2. The Insured shall notify the Insurer of the intention to withdraw from the Agreement in writing.

18.2.3. The procedure and term for the Insurer to return the insurance premium (part thereof) in the event of the Insured's withdrawal from the Agreement:

18.2.3.1. Return of the insurance premium (part thereof) in the event of the Insured's refusal of the Contract:

- it is carried out exclusively on the basis of a written application of the Insured to the Insurer in the form established by it (the form of the corresponding application for the intention to withdraw from the Contract is obtained from the Insurer) and on the condition that all necessary data provided for in the form of such an application are fully filled out and indicated;

- is carried out exclusively in non-cash form using the details that must be provided in writing to the Insurer;

- is not carried out if there is, has occurred or has been declared any event that has signs of an insured event under this Agreement, and/or in cases of refusal of insurance payment in any case.

18.2.3.2. The date of termination of the Agreement (abandonment of the Agreement) is the date on which the Insurer receives from the Insured a written statement of intent to withdraw from the Agreement in the form established by the Insurer. The decision to terminate the Agreement is drawn up by the Insurer unilaterally in accordance with internal procedures on the basis of the Insured's written statement of intent to withdraw from the Agreement and based on the results of consideration of such an application within the terms established by this Agreement.

18.2.3.3. The term of consideration of the Insured's written statement of intention to withdraw from the Contract is established within the limits set by the legislation of Ukraine for consideration of citizens' appeals - no more than one month from the date of receipt of the relevant statement.

18.2.3.4. The deadline for the Insurer to return the insurance premium (part thereof) is within 30 calendar days from the date of completion of consideration of the Insured's written statement of intent to withdraw from the Contract (execution of the relevant decision).

18.2.3.5. The refund amount cannot exceed the amount of the paid insurance premium under the Agreement (or the paid part thereof).

18.2.4. The Insurer is obliged to return the paid insurance premium to the Insured in full, provided that during this period no event has occurred that has the characteristics of an insured event.

18.2.5. Other conditions for using the right to withdraw from the Agreement. The parties agreed that:

- The Insurer does not accept for consideration an application for withdrawal from the Contract, if under this Contract, the Insured (Insured Person) or under the Contract there is, has occurred or has been declared any event that has signs of an insured event under this Contract or can be attributed to its own signs, including in the future, before such events;

- if the Insured has not submitted a notice of withdrawal from the Agreement within the period prescribed by law and in accordance with the terms of this Agreement, after the expiration of such a period, any such applications will not be accepted for consideration by the Insurer;

- any notices of termination of the Agreement are not accepted for consideration by the Insurer, if they are not made in writing and without taking into account the terms of this Agreement regarding the form of the corresponding application and other terms of the Agreement;

- any notices of termination of the Contract are not accepted for consideration by the Insurer, if they are not submitted by the Insured;

- if the insurance premium (part of it) has not been paid under the Contract, the Insurer does not return any sums upon cancellation of the Contract.

18.2.6. In any case, the Insurer shall not be liable within the framework of this Agreement for any incidents, events or damage or losses caused (including if they are reported to the Insurer) that occurred between the date of conclusion of the Agreement and the date of its termination (date of withdrawal from the Contract) due to the Insured's withdrawal from the Contract. If the Insured withdraws from the Contract, the Insurer does not bear any obligations to recognize the events as insured events or any obligations to make insurance payments within the framework and/or under the terms of the Contract.

18.3. The contract does not provide for the reimbursement of costs incurred by the Insured (Insured Person) in the event of an

insured event to prevent or reduce losses.

18.4. For issues that are not stipulated or regulated by this Agreement, the Parties to this Agreement are governed by the General Terms and Conditions of the Insurance Product and the legislation of Ukraine. In case of discrepancies between the provisions of the Agreement and the General Terms and Conditions of the Insurance Product, the provisions of the Agreement shall prevail. Any documents submitted by any persons to the Insurer or other persons as an insurance contract concluded on the terms of this offer No. 308/05-06/02-1.00 (including for any cases or events that will be declared as insurance), are not considered a Contract (Joining Application (Acceptance, Policy)) and are not accepted for consideration, and the Insurer does not bear any obligations under them, if it is found that such documents were drawn up without using the appropriate software package (software / information and telecommunications system (ITS)) of the Insurer and/or are not registered in the Insurer's accounting system and/or contain signs of forgery, falsification, etc. are used by such persons for the purpose of illicit enrichment, insurance fraud, etc. (for example, executed in any other way than provided by the Insurer in accordance with the terms of the Agreement, executed by forgery, etc.). If necessary, the validity of the policy (the fact of its conclusion) can be checked by contacting the Insurer (during working hours and on working days by calling the telephone numbers specified in clause 1 of the Agreement, or by sending a request to the Insurer's e-mail: [utico@utico.ua](mailto:utico@utico.ua)).

18.5. Acceptance (approval/signing of the statement) of the offer by the Insured is his confirmation of the execution of an electronic transaction regarding the conclusion of the "E-Travel" medical expenses insurance contract for persons traveling abroad (joining contract) [offer No. 308/05-06/02-1.00], in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce". The Acceptance (Joining Application (Acceptance, Policy) and Agreement) is issued in electronic form and is an electronic document in accordance with the Laws of Ukraine "On Electronic Documents and Electronic Document Management" and "On Electronic Commerce".

18.5.1. The Insured by accepting (accepting) the Insurer's offer to conclude the Agreement:

- agrees with all the conditions of the offer No. 308/05-06/02-1.00 and acknowledges that they are completely understandable to him and he agrees with them;

- gives consent to receive informational SMS messages from the Insurer;

- gives his consent to the fact that his personal data (data of his authorized representative) may be transferred/distributed/disclosed (including for their further processing and use) in connection with the implementation of legal relations in the field of insurance in accordance with the Law of Ukraine About insurance" to third parties (in particular, administrators of the Personal Data Base (if any), insurance intermediaries, insurance agents, etc.). The insured agrees that access to his personal data (data of his authorized representative) may be granted to third parties at their request, provided that the specified persons undertake to ensure compliance with the requirements of the Law of Ukraine "On the Protection of Personal Data", in the manner provided for in Article . 16 of the Law of Ukraine "On Personal Data Protection".

18.6. All statements stipulated by the terms of this Agreement must be made by the Insured (Beneficiary, Insured Person) in writing, and the application for termination of this Agreement must be sent by registered mail.

18.7. In the cases stipulated by the Tax Code of Ukraine, the Insurer deducts from the amount of the insurance payment the income tax of individuals, using the tax rate determined by the Tax Code of Ukraine.

18.8. Changes and additions to this Agreement can be made only with the consent of the Parties to this Agreement based on their written statements, by concluding an additional written agreement to this Agreement.

18.9. The parties to this Agreement are obliged to notify each other of all changes in their activities that may affect the fulfillment of the terms of this Agreement.

18.10. The Insurer informs the Insured that he is a resident of Ukraine and has the status of an income tax payer in accordance with the requirements of the Tax Code of Ukraine.

18.11. In compliance with the requirements of the Law of Ukraine "On Personal Data Protection":

18.11.1. by concluding this Agreement, the Insured gives his consent:

- a) for processing by the Insurer of his personal data (any information relating to the Insured, including surname, first name, patronymic, year, month, date and place of birth, address, family, social, property status, education, profession, income, etc.), for the purpose of carrying out insurance activities (including the conclusion and execution of this Agreement), and/or offering the Insurer services to the Insured, including by making direct contacts with him through means of communication, as well as carrying out related financial and economic activity;

- b) for the Insurer to make decisions based on the processing of the Insured's personal data (fully and/or partially) in the information (automated) system and/or in personal data files;

- c) The Insurer has the right to carry out actions with personal data that are related to the collection, registration, accumulation, storage, adaptation, change, renewal, use and distribution (distribution, sale, transfer), depersonalization, destruction of information about the Insured;

- d) storage by the Insurer of his personal data during the validity of the Agreement and three years after its termination;

- e) implementation and regulation of other relations that require processing of personal data in accordance with this Agreement and the legislation of Ukraine;

18.11.2. by signing this Agreement, the Insured confirms that he/she has been properly notified of the inclusion in the Insurer's personal data base(s), informed of his/her rights, and notified of the purpose of collecting such data;

18.11.3. The Insured gives the Insurer the right to use personal data for the purpose of ensuring the implementation of relations in the field of financial services and insurance, taxation, in accordance with the legislation of Ukraine.

18.12. All changes and additions to this Agreement are legally binding if they are in writing and signed by the Parties. The invalidity of a separate part of the Agreement does not entail the invalidity of other parts of the Agreement, as well as the



Agreement as a whole, since the Parties admit that the Agreement could have been concluded without including such a part in it.

18.13. In the event of termination of this Agreement (individual part) or changes to it in the cases and under the conditions provided for in Clause 16 of the Agreement, the effect of other insurance contracts concluded with other policyholders on the basis of offer No. 308/05-06/02- 1.00, does not stop and their conditions do not change. Provision of instructions to the Insured (Insured Person) in connection with any events by the Insurer (Assisting Company) is not a basis for recognizing this event as an insured event under the Agreement.

18.14. The insured confirms that:

- The Agreement is concluded on the Insured's own free will, concluded and signed by him in a manner that is understandable to the Insured and with which he agrees when concluding the Agreement; the Insured informed the Insured persons about all the terms of the Agreement, and also familiarized them with the terms of the insurance;
- with insurance conditions, including which are posted on the website of PJSC "UTSK" at the address: <https://www.utico.ua>, and the General Terms and Conditions of the Insurance Product, on the basis of which this Agreement is concluded, I have read, understand and agree with them;
- received the consent of the Insured persons for their insurance in accordance with the terms of the legislation, and also gave consent for the indefinite processing, use and storage of his personal data and the personal data of such Insured persons, of which the relevant Insured persons were informed by him and granted him the permission and relevant powers. The Insured gives permission for the exchange and transfer between the Insurer and its insurance intermediary (insurance agent) or representative (Assisting company, coordinating doctor, etc.) of its personal data and the data of the Insured Persons for the purpose of concluding and/or executing, settling, prolonging this Agreement;
- informed about his rights according to the Law of Ukraine "On Protection of Personal Data", and also informed the Insured Persons about such conditions;
- information according to the Law of Ukraine "On Financial Services and Financial Companies" and according to the terms of the Law of Ukraine "On Insurance", including which is posted on the website of PJSC "UTSK" at the address <https://www.utico.ua> and is available from representatives of the Insurer (insurance intermediaries (insurance agents)), provided to him and he familiarized himself with it;
- about his full understanding of the content of the insurance terms proposed by the Insurer, the meanings, terms and concepts, all insurance provisions, the procedure for concluding and signing the Contract, and that he understands that by signing (concluding) the Contract, he agrees with all the conditions specified in it;
- all the specified information and all conditions set forth in the offer (Agreement and Joining Application (Acceptance, Policy)) and the General Terms and Conditions of the Insurance Product are clear to him; the specified information does not contain ambiguous wording and/or definitions unclear to the Insured; the conclusion of the Agreement was not imposed on him by another person (including the Beneficiary); The contract is not concluded by the Insured under the influence of error, grave circumstances, coercion, violence; The insured has the required legal capacity and legal capacity to conclude the Agreement; information provided to the client in a way that does not complicate the understanding of the essence of the financial service, its essential conditions and does not create the impression that the client does not have the right to refuse to receive the financial service, without imposing its purchase;
- he expresses his will to enter into the Agreement on the proposed terms and certifies that the agreement with the content of the offer (the Agreement and the Joining Application (Acceptance, Policy)) is his free will, aimed at establishing the legal relations defined therein, as well as the legal consequences stipulated by the Agreement.

18.15. By accepting (accepting) the Insurer's offer to conclude the Agreement, the Insured (Insured persons) gives (provides) consent to the Insurer to record and record information received from the Insured (Insured persons) (including telephone conversations), which were made for the purpose of recording messages by the Insured or the Insurer about the event and other information regarding insurance cases to fulfill obligations under the Agreement. By accepting (accepting) the Insurer's proposal to conclude the Agreement, the Insured (Insured persons) gives (provides) consent to the Insurer for the use of this information (including recordings of telephone conversations), other information and documents received from the Insured (Insured person) in the settlement of insurance cases under the terms of this Agreement in relations with individuals and legal entities, state bodies, including when resolving disputes (claims, statements, lawsuits) related to the Parties' fulfillment of obligations under this Agreement. By signing this Agreement, the Insurer guarantees the use of information and documents received from the Insured (Insured Person) (including the recording of telephone conversations) for the purpose and within the limits of the obligations provided for by this Agreement and current legislation in compliance with the restrictions established by the Constitution of Ukraine, the Law of Ukraine "About information" and other acts of legislation regulating relations in the field of information. By accepting (accepting) the Insurer's offer to conclude the Contract, the Insured confirms that he has been duly informed that for the conclusion of the Contract, before and/or during its conclusion, as well as for its execution, the Insurer, in accordance with the law, can (could) involve insurance intermediaries who act on behalf of the Insurer and perform part of its functions, jointly or individually.

18.16. By concluding and signing this Agreement, the Insured confirms that he fully understands the terms and content of the Agreement, the meaning, concepts, terms used in the Agreement, all terms of the Agreement, the procedure for concluding and signing it.

18.17. By entering into and signing this Agreement, the Insured confirms that he/she is familiar with all insurance conditions and information that must be provided to him/her in accordance with the law, including before concluding the Agreement (in particular, the Information document on the standard insurance product, on the insurer, insurance intermediary, if the insurance

product is sold through an insurance predecessor, etc.), he has familiarized himself with and agrees to the terms of this Agreement, and also confirms that the necessary information was provided to him properly in order to conclude the insurance contract and he familiarized himself with it (including the information provided in Appendix No. 3 to the Contract or the Insurer's website: <https://www.utico.ua>). By signing this Agreement, the Insured confirms the fact that all Insured persons have familiarized themselves with the terms of this Agreement, in particular the conditions that must be fulfilled in the event of an insured event (including to receive an insurance payment), and also confirms his/her consent to insurance in accordance with the terms of this Agreement.

18.18. By signing and concluding the Contract, the Insured confirms that he is duly informed that for the conclusion of the Contract, before and/or during its conclusion, as well as for its execution, the Insurer may (could) involve insurance intermediaries acting on behalf of the Insurer, in accordance with the legislation and perform part of its functions, together or individually. If the insurance product is sold through an insurance predecessor, then in accordance with the Law of Ukraine "On Insurance", information about the insurance intermediary is provided to the Insured before concluding the insurance contract.

18.19. Identification and verification of the consumer at UTSK PJSC is carried out in accordance with the requirements of the Law of Ukraine dated April 28, 2019 No. 361-IX "On prevention and countermeasures against the legalization (laundering) of proceeds of crime, the financing of terrorism and the financing of the proliferation of weapons of mass destruction" and Resolution of the Board of the National Bank of Ukraine dated July 28, 2020 No. 107 "On approval of the Regulation on financial monitoring by institutions". By accepting (accepting) the Insurer's offer to conclude the Agreement, the Insured confirms that the Insured has undergone identification and verification in accordance with the requirements of the Law of Ukraine "On Prevention and Combating the Legalization (Laundering) of Criminal Proceeds, the Financing of Terrorism and the Financing of the Distribution of Weapons of Mass Destruction", including, that the Insured (Insured Person) is not: a public figure or a person related to them or a person acting on his behalf.

18.20. The contract separately provides for the acceptance (acceptance) of the Insurer's offer to conclude the Contract, and the Insured does not object to the condition that if the Contract is concluded using the software / information and telecommunication system (ITS) of the Insurer or its authorized representative (insurance intermediary acting on the basis of the relevant commission contract), then the fact of conclusion of the Contract can be evidenced by a document (policy, joining application, etc.) which is formed in electronic form on the basis of data provided by the Insured in electronic form for the conclusion of the Contract, which will be considered by the parties as an electronic application. At the same time, the generated ITS document (policy, application-joining, etc.) is sent to the Insured to his e-mail address by e-mail or sent through the communication channels of the relevant insurance agent. At the same time, the date, time, procedure and fact of sending and receiving the one-time identifier by the Insured, entering it into the ITS, sending the document created in the ITS (policy, joining application, etc.) and its attachments, as well as the notification by e-mail, are recorded by the Insurer (insurance intermediary, insurance agent) in the electronic database of the Insurer (insurance intermediary, insurance agent). At the same time, the Parties provide that:

- sending the document created in ITS (policy, application for joining, etc.) and notification by e-mail to the Insured's e-mail address is the proper delivery of the document created in ITS (policy, application for joining, etc.) / notification to the Insured about the conclusion of the Contract. The parties undertake to reproduce the Agreement on paper if necessary. Upon the written request of the Insured, the Insurer delivers the Contract, signed with the original signature of the Insurer's authorized representative, during the Insurer's working hours at its location based on the Insured's written request;

- a document created in ITS (policy, membership application, etc.) that is sent to the Insured by e-mail or sent through the communication channels of the insurance agent can be signed by the Insured using facsimile reproduction by means of mechanical, electronic or other means of copying the signature of a person, authorized to sign such contracts on behalf of the Insurer, as well as an imprint of the Insurer's seal displayed in this document, or can be signed by using an electronic signature in accordance with legislation, when the Insurer imposes an electronic digital signature of an authorized person of the Insurer.

18.21. This Agreement is concluded in the Ukrainian language with its translation into English. In case of any disputes regarding the Agreement or any discrepancies between the Ukrainian text of the Agreement and its translation into English, the text of the Agreement in Ukrainian shall prevail over the text of its translation into English.

18.22. Disputes arising between the Parties to the Agreement are resolved through negotiations. In case of failure to reach an agreement - in accordance with the procedure provided by the current legislation of Ukraine.

18.23. The Insurer shall not be liable for the improper performance or non-performance of its obligations under this Agreement, including for the provision of insurance payments or insurance indemnities, if the fulfillment of such obligations, including the provision of such insurance payments or insurance indemnities, would result in a violation by the Insurer trade or economic sanctions, prohibitions or restrictions introduced by UN resolutions or current legislation of the European Union, the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, the United States or Ukraine or other countries of the world.

18.24. By concluding the Agreement, the Insured unconditionally and without restrictions agrees to the possibility of use in contractual relations with him (including within the framework of this Agreement and in accordance with Clause 3 of Article 207 of the Civil Code of Ukraine) and when carrying out correspondence with him, including h and business, at the same level as the analogue of a personal signature, and facsimile reproduction of the signature of an authorized person of the Insurer using electronic or other means of copying, including display of a reproduced analogue of the Insurer's authorized person's handwritten signature (facsimile reproduction of the signature using mechanical or other copying means, another analogue of the Insurer's handwritten signature) and reproduction of the display of the Insurer's seal (or in cases established by the Insurer of applying the conditions for imposing an electronic digital signature of the Insurer's authorized person).

18.24.1. Samples of the signature of the authorized person of the Insurer and display of the seal of the Insurer:

Sample  
signature:



Sample seal:



18.25. Upon the occurrence of an event that has the characteristics of an insured event, the Insured (Insured persons) is obliged (obliged) to act in accordance with the terms of the offer (Agreement) regarding the conditions of the section "Actions in the event of an insured event. A list of documents confirming the fact and circumstances of the occurrence of the insured event and the amount of damage (losses)".

18.26. The possibility of insuring persons aged less than 1 (one) year or older than 65 (sixty-five) years at the time of conclusion of the Agreement, as well as persons who do not meet the conditions of the Declaration, is considered at PrJSC "UTSK" exclusively through individual underwriting and upon direct application to the relevant division for sales of insurance products of UTSK PrJSC.

18.27. Information on the procedure for consideration of consumer appeals by the Insurer, including information on authorized state bodies (including the National Bank of Ukraine), to which, in accordance with the legislation of Ukraine, the consumer has the right to submit an appeal on matters of protection of the rights of consumers of financial services, is provided in Appendix No. 3 to the Agreement. Also, Appendix No. 3 to the Agreement contains additional information for the Insured in accordance with the requirements of Ukrainian legislation.

18.28. **Information necessary for the consumer to pay the insurance premium(s), including the code from the Unified State Register of Enterprises and Organizations of Ukraine (UEDRPOU), the international bank account number (IBAN)** of the Insurer or insurance intermediary for the payment of the insurance premium(s), are provided to the Insured in the relevant account upon conclusion of the Contract, if the insurance contract provides for payment of the insurance premium(s) in non-cash form. If such a document is not issued, the relevant information is specified in Clause 20 of the Agreement in the details of the Insurer or is directly determined in electronic payment services through which it is proposed to pay the insurance premium when concluding an insurance contract using the software complexes of the Insurer or its insurance intermediary (in particular, LiqPay). The procedure for notifying the consumer about a change in such an account (if the terms of the insurance contract provide for the payment of the insurance premium in periodic payments): the relevant notification is carried out either by sending a corresponding information message to the Insured (to an e-mail or phone using the contact details of the Insured, which he left when concluding the Agreement) and /or such information is posted on the Insurer's Website, where the Insured can also familiarize himself with it, in particular independently.

18.29. Information on whether the insurance contract is additional to other goods, works or services that are not insurance: this Agreement is not additional to other goods, works or services that are not insurance.

18.30. Information on whether it is possible to extend the term of the insurance contract and a link to the information where the conditions for extending the term of the insurance contract are defined (if the terms of such contract provide for the possibility of extending its term of validity): the extension of this Contract is not carried out automatically. Continuation of the insurance terms specified in this Agreement is possible only by concluding a new insurance contract for this insurance product, which will be valid on the date of conclusion of such a new insurance contract. To conclude a new insurance contract after the expiration of this contract, you need to contact PrJSC "UTSK".

18.31. Special conditions: NO - individual special conditions do not apply within the framework of the Agreement.

18.32. APPLICATIONS. An integral part of this Agreement is:

- Appendix No. 1 – The form of the text template of the Application-joining (Acceptance, Policy). This template is implemented depending on the conditions for setting up this form using the software / information and telecommunication system (ITS) of the Insurer (its partners, agents).

- Appendix No. 2 – Tariff policy used for insurance contracts under the "E-Travel" Program (as part of offer No. 308/05-06/02-1.00).

- Appendix No. 3 – Additional information for the Insured in accordance with the requirements of the legislation of Ukraine.

**19. CONTACT DATA OF THE ASSISTING COMPANY: The assisting company is ENSURIA OPERATIONS.**

**The main methods of contacting the contact center of the ENSURIA OPERATIONS Assistance Company for customer service. Customer service is provided in the customer's language, primarily in Ukrainian:**

**1. Basic multi-channel 24-hour phone:**

**+38 044 39 000 10** (cost of calls according to the tariffs of your telecommunications operator).

**2. Email: [care@ensuria.com](mailto:care@ensuria.com) or Telegram: <https://ensuria.me/telegram>.**

**For advice on insurance issues or if you need any additional information, please contact PrJSC "Ukrainian Transport Insurance Company":**

**Tel. / fax: +38 (044) 303 97 70** (during working hours from 9:00 to 18:00 and on working days).

**Email address: [event@utico.ua](mailto:event@utico.ua), website: <https://www.utico.ua>.**

**For correspondence (postal items):** 01033, Kyiv, str. Saksaganskoho, 77, recipient of UTSK PrJSC.

**20. SIGNATURE OF THE INSURER:**

**Private joint-stock company "Ukrainian Transport Insurance Company." (PJSC "UTSK"):**

in the person of the Chairman of the Board Grigoryuk Andrii Leonidovych, who acts on the basis of the Charter.

Location: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033.



Bank details: P/R UA393052990000026504030100769 in JSC CB "PRIVATBANK",  
MFI 305299, EDRPOU code: 22945712.

Data on the insurance intermediary in accordance with the law (location, etc.) (if the insurance intermediary was involved in the implementation of the insurance contract), or location data of a separate subdivision of the Insurer or insurance intermediary (if the insurance contract was concluded in such a separate subdivision):

- The insurance intermediary is not involved in the implementation or conclusion of the Agreement. When involving such persons, their data can be specified in the Joining Application (Acceptance, Policy), which is an individual part of the contract.
- The contract is concluded with the involvement of an employee of the Insurer's division in the implementation of the insurance contract: Head Office of PrJSC "UTSK", employee (name, position):

The contract is concluded using the software / information and telecommunication system (ITS) of the Insurer (its partners, agents). When involving other persons, their data can be specified in the Joining Application (Acceptance, Policy), which is an individual part of the contract.

Signatory, Chairman of the Management Board: Grigoryuk Andrii Leonidovych / or another person authorized by the Insurer to sign insurance contracts with a qualified electronic signature, as stated in the relevant document.

**Chairman of the Board Grigoryuk A.L.**

**Signature**



**stamp**

This document is signed by a qualified electronic signature of a person,  
authorized by the Insurer to sign insurance contracts:

Signatory, KEP: Grigoryuk Andrii Leonidovych, Organization: PrJSC "UTSK"

For verification: You can check the fact of signing the received file on the website <https://czo.gov.ua/verify>

to the "E-Travel" medical expenses insurance contract for persons traveling abroad (joining contract) [offer No. 308/05-06/02-1.00] Form of the joining application template (Acceptance, Policy)

<b>ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (АКЦЕПТ, ПОЛІС) / JOINING APPLICATION (ACCEPTANCE, POLICY) / TRAVEL INSURANCE CONTRACT</b> Серія TE № _____. Дата підписання (укладання) Договору / Date of agreement issue _____ р. до Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel» (договору приєднання) [оферти № 308/05-06/02-1.00 від 13.05.2024 року] (електронні продажі) / to the "E-Travel" medical expenses insurance contract for persons traveling abroad (accession contract) [offer No. 308/05-06/02-1.00 dated 13.05.2024] (electronic sales)	 Код 308/05-06/02-1.00
(номер Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) та дата підписання Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) – дата підписання вважається датою прийняття (акцепту) пропозиції укласти Договір) / the number of the Application for Accession (Acceptance, Policy) and the date of signing the Application for Accession (Acceptance, Policy) - the date of signing is considered the date of acceptance (acceptance) of the offer to conclude the Agreement)	
Редакцію даного шаблону документу введено в дію Наказом ПрАТ «УТСК» № 19 від «13» травня 2024р. Редакція: v.1-2024. Строк дії даної редакції цього шаблону: з «14» травня 2024р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»). Стандартний страховий продукт «Страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel»: код 308/05-06 (Стандартний продукт для електронних продаж). Клас страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» та Клас страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» / The revision of this document template was put into effect by the Order of PrJSC "UTSK" No. 19 of "13" May 2024. Edition: v.1-2024. The validity period of this edition of this template: from "14" May 2024. until the moment of cancellation or publication in a new version (according to the terms of the relevant Order on PrJSC "UTSK"). Standard insurance product "Insurance of medical expenses of persons traveling abroad "E-Travel": code 308/05-06 (Standard product for electronic sales). Insurance class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who are in a difficult situation during the journey" and Insurance class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)".	
Підписанням (акцептуванням) цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) Страхувальник, вказаний у п. 2 цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), приймає в цілому всі умови Договору страхування медичних витрат осіб, що виїжджають за кордон «E-Travel» (договору приєднання) [ОФЕРТА № 308/05-06/02-1.00 від 13.05.2024 р.] (надалі чи по тексту – Договір, оферта № 308/05-06/02-1.00), та відповідно до умов статей 634, 638, 641 Цивільного кодексу України приєднується до Договору шляхом підписання (акцептування) цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), яка вважається індивідуальною частиною договору страхування для такої особи. Підписанням (акцептуванням) цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) Страхувальник підтверджує прийняття (акцепт) повністю та безумовно в розумінні статті 642 Цивільного кодексу України пропозиції Страховика укласти Договір на умовах, вказаних у цій Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі) та Договорі, а також виражає своє волевиявлення укласти Договір. Ця Заява-приєднання (Акцепт, Поліс) є невід'ємною частиною Договору. Повний текст Договору [оферти № 308/05-06/02-1.00] розміщено на сайті ПрАТ «УТСК» за адресою: <a href="https://www.utico.ua">https://www.utico.ua</a> / By signing (accepting) this Joining Application (Acceptance, Policy), the Insured, specified in clause 2 of this Joining Application (Acceptance, Policy), accepts in general all the terms of the E-Travel Medical Expenses Insurance Contract (accession agreement) [OFFER No. 308/05-06/02-1.00 dated 13.05.2024] (hereinafter referred to as the Agreement, offer No. 308/05-06/02-1.00), and in accordance with the terms of articles 634, 638, 641 of the Civil Code of Ukraine joins the Contract by signing (accepting) this Joining Application (Acceptance, Policy), which is considered an individual part of the insurance contract for such a person. By signing (accepting) this Joining Application (Acceptance, Policy), the Insured fully and unconditionally confirms the acceptance (acceptance) within the meaning of Article 642 of the Civil Code of Ukraine of the Insurer's offer to enter into an Agreement on the terms specified in this Joining Application (Acceptance, Policy) and the Agreement, and also expresses its will to conclude the Agreement. This Joining Application (Acceptance, Policy) is an integral part of the Agreement. The full text of the Agreement [offer No. 308/05-06/02-1.00] is posted on the website of PrJSC "UTSK" at the address: <a href="https://www.utico.ua">https://www.utico.ua</a> .	
<b>1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство «Українська транспортна страхова компанія.» (ПрАТ «УТСК», UTICO), в особі / INSURER: Private joint-stock company "Ukrainian Transport Insurance Company." (PJSC "UTSK", UTICO), in person:</b>	
<b>Голови Правління Григорюка Андрія Леонідовича, який діє на підставі Статуту. Банківські реквізити: п/р UA39305299000026504030100769 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», МФО 305299, код ЄДРПОУ 22945712 / The Chairman of the Board is Grigoryuk Andrii Leonidovych, who acts on the basis of the Charter. Bank details: P/R UA39305299000026504030100769 in JSC CB "PRIVATBANK", MFI 305299, EDRPOU code 22945712.</b>	
<b>Контактна інформація Страховика / Contact information of the Insurer:</b>	
<b>місцезнаходження: вул. Саксаганського, 77, м. Київ, 01033 / location: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033.</b>	
<b>Телефон/ Phone:</b>	<b>+38 (044) 303-97-70, 0 800 330 783</b> (по Україні / across Ukraine). <b>E-mail: <a href="mailto:office@utico.ua">office@utico.ua</a></b>
<b>Веб-сайт / Website:</b>	<b><a href="https://www.utico.ua">https://www.utico.ua</a></b> (офіційний сайт); <b><a href="https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti">https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti</a></b>

<b>КОНТАКТИ АСИСТУЮЧОЇ КОМПАНІЇ / CONTACTS OF THE ASSISTING COMPANY:</b>				
Якщо стався страховий випадок / If an insured event has occurred:				
Звертайтеся / Contact us: <b>+38 044 39 000 10</b> (вартість дзвінків згідно тарифів Вашого оператора зв'язку / the cost of calls according to the tariffs of your telecommunications operator).				
<b>АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ (ASSISTING COMPANY) ENSURIA OPERATIONS.</b>				
Для відправки повідомлень: <a href="mailto:care@ensuria.com">care@ensuria.com</a> або Телеграм <a href="https://ensuria.me/telegram">https://ensuria.me/telegram</a>				
<b>2. СТРАХУВАЛЬНИК / INSURANT (ПІБ або назва підприємства / Surname, initials or firm's name):</b>				
<b>УКР:</b>				
<b>ENG:</b>				
<b>ПІН/код ЄДРПОУ / ITN/USREOU:</b>				
<b>Дата народження (фізичної особи) /Date of birth:</b>		<b>р.</b>		
<b>Адреса / Address:</b>				
<b>Телефон, е-мейл / Phone, e-mail:</b>				
<b>3. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ / INSURED PERSONS:</b>		<b>Кількість застрахованих осіб / Quantity of Insureds persons:</b>		
(Вказується ПІБ, паспорт, дата народження, адреса, ПІН / It is indicated Surname, passport, Date of birth, address, ITN (ENG/UKP))		<b>Список додається / List of the insureds is attached (TAK/HI / YES/NO):</b>		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>4. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ТА ІНШІ ОБРАНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ЗА ДОГОВОРОМ/ Insurance program and other selected insurance conditions for the Insured person under the Agreement:</b>				
<b>4.1. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ / Programme of insurance:</b>				
Опис програм наведено у п. 9 Договору / The description of the programs is given in Clause 9 of the Agreement.				
<b>4.2. БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ (Б) / Continuous insurance (TAK/HI / YES/NO):</b>				
<b>4.3. ПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ (П) / Intermittent insurance (TAK/HI / YES/NO):</b>				
<b>4.4. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ / Coverage area:</b>				
<b>4.5. КРАЇНА ПЕРЕБУВАННЯ / Insurance territory:</b>				
<b>4.6. ДОДАТКОВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ / Additional terms of insurance</b>	<b>Туризм/ Tourism (TAK/HI / YES/NO):</b>			
	<b>Спорт/ Sport (TAK/HI / YES/NO):</b>			
	<b>Робота/навчання / Employment/studies (TAK/HI / YES/NO):</b>			
	<b>Активний відпочинок / Aktiv Recreation (TAK/HI / YES/NO):</b>			
<b>4.7. УМОВИ ДЛЯ СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ (пов'язані з наданням допомоги (асистанс)) / CONDITIONS FOR MEDICAL EXPENSES INSURANCE (related to the provision of assistance (assistance)):</b>				
<b>4.7.1. СТРАХОВА СУМА МЕДВИТРАТИ НА КОЖНОГО / Sum insured per one Med.expens:</b>		<b>Страхова сума у валюті</b>		
<b>4.7.2. Страховий тариф/платіж медвитрати/ Insurance rate/payment Med.expens:</b>		<b>Тариф: %</b>	<b>Платіж: грн.</b>	
<b>4.7.3. Франшиза по кожному страховому випадку на кожну Застраховану особу / Deductibles:</b>		<b>Сума франшизи у валюті</b>		
<b>4.8. УМОВИ ДЛЯ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (НВ) /Accident of insurance (NV):</b>				
<b>4.8.1. Страхова сума по НВ на кожного / Sum Insured NV per one:</b>		<b>грн.</b>		
<b>4.8.2. Страховий тариф/платіж по НВ / Insurance rate/payment NV:</b>		<b>Тариф: %</b>	<b>Платіж: грн.</b>	
<b>4.9. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА ДОГОВОРОМ / Insurance payment under the Contract:</b>		<b>грн.</b>		
<b>5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ / CONTRACT TERM:</b>	<b>Кількість застрахованих днів / Quantity of insured days:</b>			
	<b>Договір діє (період страхування) / Agreement validity (insurance period):</b>			
	<b>з/since</b>	<b>р.</b>	<b>по/to</b>	<b>р.</b>
<b>6. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ / PROCEDURE AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PAYMENT:</b> Страховий платіж по Договору є одноразовим і сплачується одразу по всіх Застрахованих особах в повному обсязі за весь строк дії Договору на рахунок Страховика до 24-00 години дати, вказаної у Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі), як дата підписання Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу) / The insurance				



payment under the Agreement is a one-time payment and is paid immediately for all Insured persons in full for the entire duration of the Agreement to the account of the Insurer by 24:00 on the date specified in the Joining Application (Acceptance, Policy), as the date of signing the Joining Application (Acceptance, Policy).

**7. ВИГОДОНАБУВАЧ / Beneficiary:** згідно умов п. 5 Договору / in accordance with the terms of Clause 5 of the Agreement.

**8. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ / SUBJECT OF INSURANCE. OBJECT OF INSURANCE:**

**Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором / The subject of the Agreement is the transfer by the Insured for a fee of the risk associated with the object of insurance to the Insurer under the conditions specified in the Agreement. **Об'єктом страхування** за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, вказаної в п. 3 цієї Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу), та її можливі збитки чи витрати, пов'язані з наданням допомоги (асистанс) такій Застрахованій особі, яка потрапила у скрутне становище під час здійснення нею Подорожі (надання медичної, транспортної, адміністративної та юридичної допомоги під час її Подорожі за межами країни постійного місця проживання Застрахованої особи, відшкодування яких передбачається умовами Договору (в залежності від умов страхового покриття (страхового захисту) за Програмою, яка обрана Страхувальником при укладенні Договору) / The object of insurance under the Contract is the life, health, and working capacity of the Insured person specified in Clause 3 of this Application-joining (Acceptance, Policy), and his possible losses or expenses related to the provision of assistance (assistance) to such Insured to a person who got into a difficult situation during his Trip (providing medical, transport, administrative and legal assistance during his Trip outside the country of permanent residence of the Insured Person, the compensation of which is provided by the terms of the Agreement (depending on the conditions of insurance coverage (insurance protection ) according to the Program chosen by the Insured when concluding the Agreement).

**9. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ / INSURANCE CASES. LIST OF INSURANCE RISKS:** Відповідні умови визначено у п. 8 Договору / The relevant conditions are defined in Clause 8 of the Agreement.

**10. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ / CONTRACT CONCLUSION PROCEDURE.** Порядок укладання Договору визначено в п. 7 Договору / The procedure for concluding the Agreement is defined in Clause 7 of the Agreement.

**11. ПОРЯДОК ВСТУПУ В ДІЮ ДОГОВОРУ, ПЕРІОД (ПЕРІОДИ) СТРАХУВАННЯ (СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ):** Відповідні умови визначено у п. 11 Договору / The relevant conditions are defined in Clause 11 of the Agreement.

**12. ІНШІ УМОВИ / MISCELLANEOUS:**

12.1. **Інші умови страхування** (в т.ч. права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору; порядок вирішення спорів; порядок внесення змін і припинення дії договору страхування; порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат; причини відмови у страховій виплаті; перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування; тощо) встановлені умовами Договору [Оферта № 308/05-06/02-1.00]. Оферта розміщена на Сайті Страховика: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti> / **Other insurance conditions** (including the rights and obligations of the parties and responsibility for non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the contract; the procedure for resolving disputes; the procedure for amending and terminating the insurance contract; the procedure for calculating, conditions and terms for making insurance payments; reasons for refusal in the insurance payment; the list of exceptions from insurance cases; etc.) are established by the terms of the Agreement [Offer No. 308/06/02-1.00]. The offer is posted on the Insurer's website: <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

12.2. **Зразки підпису уповноваженої особи Страховика та відображення печатки Страховика.** Укладанням Договору, Страхувальник безумовно та без обмежень погоджується з можливістю використання в договірних відносинах з ним (в т.ч. в рамках даного Договору та у відповідності до п. 3 статті 207 Цивільного кодексу України) та при здійсненні переписки з ним, в т.ч. і ділової, на рівні з аналогом особистого підпису, і факсимільне відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів електронного або іншого копіювання, в т.ч. відображення відтвореного аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) та відтворення відображення печатки Страховика (або у встановлених Страховиком випадках застосування умов накладання електронного цифрового підпису уповноваженої особи Страховика).

**Зразки підпису уповноваженої особи Страховика та відображення печатки Страховика:**

**Зразок підпису:**

**Зразок печатки:**



**12.3. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРО ДОБРИЙ СТАН ЗДОРОВ'Я:** Я, Страхувальник (Застрахована особа) за Договором, повідомляю, що на момент укладання та підписання Договору (Заяви-приєднання (Акцепту, Полісу)), я (Застрахована особа) є повністю працездатним (працездатною) (не є інвалідом I, II, III групи); не страждаю (не страждає) на хвороби серцево-судинної системи, неврологічні чи/або психічні порушення; не перебував (не перебувала) протягом останніх дванадцяти місяців на лікарняному (через хворобу або нещасний випадок) на період, більший ніж 30 послідовних днів, та, за виключенням профілактичного лікування, мій стан здоров'я (стан здоров'я Застрахованої особи) не потребує регулярного контролю або лікування, а також я (Застрахована особа) не маю (не має) медичних протипоказань чи інших обмежень чи заборон щодо можливості здійснювати Подорож та/або виїжджати за кордон чи подорожувати, в т.ч. окремими видами транспорту. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), підтверджую і не заперечую, що всі відомості, подані мною для укладання Договору та вказані у Договорі (Заяві-приєднання (Акцепті, Полісі)) (в т.ч. відносно стану здоров'я), є достовірними, правдивими та є невід'ємною частиною Договору і, у разі неправдивості вищезазначеної інформації,

ПрАТ «УТСК» має право відмовити у здійсненні страхової виплати, про що я належним чином поінформований. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), у разі настання страхового випадку надаю згоду на розкриття лікарської таємниці та дозволяю будь-якому лікарю (закладу охорони здоров'я), який володіє будь-якою медичною інформацією щодо стану мого здоров'я або стану здоров'я інших Застрахованих осіб, надати її ПрАТ «УТСК» для проведення процедур, передбачених Законом України «Про страхування» та Договором. Я, укладаючи та підписуючи Договір (Заяву-приєднання (Акцепт, Поліс)), підтверджую, що несу повну відповідальність за правдивість даних, які я підтверджую згідно умов даної Декларації як відносно себе, так і інших Застрахованих осіб.

12.4. Договір розроблений на підставі Загальних умов Страхового продукту за Класом страхування 18: «Страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі» (введені в дію Наказом № 74 від 29.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 308) та Загальних умов Страхового продукту Клас страхування 1: «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» (введені в дію Наказом № 60 від 22.12.2023р., редакція: v.1-2023, строк дії даної редакції: з «01» січня 2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ «УТСК»); код 101) (по тексту - Загальні умови Страхового продукту) та у відповідності до наявної у ПрАТ «УТСК» ліцензії за відповідними класами страхування. З питань, які не врегульовані Договором, Сторони керуються положеннями законодавства України та Загальних умов Страхового продукту. Договір укладено із застосуванням програмного забезпечення / інформаційно-телекомунікаційної системи (ІТС) Страховика (його партнерів, агентів).

#### **СТРАХУВАЛЬНИК / INSURANT:**

- Договір укладено з мого власного волевиявлення; з повним текстом умов страхування за Договором [оферта № 308/05-06/02-1.00], що розміщені на сайті Страховика (<https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>), та Загальними умовами Страхового продукту у повному обсязі ознайомлений та згоден, зобов'язуюсь їх виконувати.

- Надаю згоду на безстрокову обробку, використання та зберігання персональних даних. Про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» повідомлений. Підтверджую, що інформація згідно Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та передбачена Законом України «Про страхування», у т.ч. яка розміщена за адресою: <https://www.utico.ua>, мені надана та я з нею ознайомлений. Підтверджую, що інформація, надана мені, як клієнту у спосіб, що не ускладнює розуміння суті фінансової послуги, її істотних умов та не створює враження, що я як клієнт не маю права відмовитися від отримання фінансової послуги, без нав'язування її придбання.

#### **ПІБ, підпис Страхувальника / Full name, signature of the Insured:**

**ПІБ Страхувальника / Full name of the Insured:**

**Підпис / Signature of the Insured:**

(підпис Страхувальника у вигляді використаного ним для електронного підпису одноразового ідентифікатору, наданого (надісланого) йому відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» в рамках укладення Договору) / (signature of the Insured in the form of the one-time identifier used by him for the electronic signature, provided (sent) to him in accordance with the Law of Ukraine "On Electronic Commerce" as part of the conclusion of the Agreement)

#### **ПІБ, підпис представника ПрАТ «УТСК» / Full name, signature of the representative of PrJSC "UTSK":**

Відповідно до умов Договору та ст. 207 ЦКУ Сторони домовились, що використання факсимільного відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика за допомогою засобів електронного або іншого копіювання, або іншого аналогу власноручного підпису та печатки, визнається Страхувальником як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика. Відповідні зразки підпису та печатки наведені в Договорі (оферті) / In accordance with the terms of the Agreement and Art. 207 of the CCU The Parties agreed that the use of a facsimile reproduction of the Insurer's authorized person's signature using electronic or other copying means, or another analogue of the Insurer's signature and seal, is recognized by the Insured as the original signature of the Insurer's authorized person sealed with the Insurer's seal. The relevant samples of the signature and seal are given in the Agreement (offer)..

**Представник Страховика / Representative of the Insurer:**

**Голова Правління ПрАТ «УТСК» / Head The Board of PrJSC "UTSK"**



**Даний документ підписано кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком на підписання договорів страхування / This document is signed by a qualified electronic signature of a person authorized by the Insurer to sign insurance contracts:**

Для перевірки: Ви можете перевірити факт підписання отриманого файлу на сайті / To check: You can check the fact of signing the received file on the website:

<https://czo.gov.ua/verify>

Підписувач, КЕП / Signatory, KEP: \_\_\_\_\_,

Organization: \_\_\_\_\_.

**Страховий захист надається відповідно до "Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб" / Insurance coverage is provided accordingly to "Decision of the European Union Council 2004/17/EG about the travel medical insurance"**

Appendix No. 2  
to the "E-Travel" medical expenses insurance contract for persons traveling abroad  
(accession agreement) [offers No. 308/05-06/02-1.00]

Tariff policy used for insurance contracts under the "E-Travel" Program (as part of offer No. 308/05-06/02-1.00)

1. The sum insured, the insurance premium (insurance payment) are established by choosing the terms of one of the Programs by the Insured at the conclusion of the Contract in accordance with the following options for the relevant Program and depending on the insurance term. The size of the insurance sum under the Agreement is determined upon conclusion of the Agreement according to the relevant insurance conditions for each class of insurance (for the insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip, and for insurance against accidents) and is indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy) for each Insured Person in accordance with the following options for the relevant Program:

Table 1.

INSURANCE CLASS 18: "INSURANCE OF COSTS RELATED TO PROVIDING ASSISTANCE (ASSISTANCE) TO PERSONS WHO HAVE COME INTO A DIFFICULT SITUATION DURING A TRAVEL"				
Medical expenses insurance				
MINIMUM "E-Travel" INSURANCE PROGRAM (eBm):				
Insurance period, days	Insurance amount for medical expenses insurance (insurance of expenses related to providing help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip) (USD/EUR)			
	30 000		50 000	
	Insurance premiums (insurance payments) (depending on the currency of the sum insured)***			
	USD	EUR	USD	EUR
*Continuous insurance (B), for one day				
1-15	0,38	0,35	0,41	0,38
16-30	0,35	0,32	0,38	0,35
31-60	0,27	0,25	0,34	0,31
61-365	0,22	0,20	0,25	0,23
**Intermittent insurance (P), for the entire term of the Agreement				
90/30	11,4	10,49	12,3	11,32
180/60	21,0	19,32	22,8	20,98
365(6)/90	31,5	28,98	34,2	31,46
365(6)/180	40,15	36,50	45,63	41,98
STANDARD "E-Travel" INSURANCE PROGRAM (eBs):				
Insurance period, days	Insurance amount for medical expenses insurance (insurance of expenses related to providing help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip) (USD/EUR)			
	30 000		50 000	
	Insurance premiums (insurance payments) (depending on the currency of the sum insured)***			
	USD	EUR	USD	EUR
*Continuous insurance (B), for one day				
1-15	0,48	0,44	0,51	0,47
16-30	0,45	0,41	0,48	0,44
31-60	0,34	0,31	0,43	0,40



<b>61-365</b>	<b>0,27</b>	<b>0,25</b>	<b>0,31</b>	<b>0,29</b>
<b>**Intermittent insurance (P), for the entire term of the Agreement</b>				
<b>90/30</b>	<b>14,4</b>	<b>13,25</b>	<b>15,3</b>	<b>14,08</b>
<b>180/60</b>	<b>27,0</b>	<b>24,84</b>	<b>28,8</b>	<b>26,50</b>
<b>365(6)/90</b>	<b>40,5</b>	<b>37,26</b>	<b>43,2</b>	<b>39,74</b>
<b>365(6)/180</b>	<b>44,5</b>	<b>41,26</b>	<b>47,2</b>	<b>43,74</b>

Таблиця 2.

<b>INSURANCE CLASS 1: "ACCIDENT INSURANCE (INCLUDING IN CASE OF INDUSTRIAL INJURY AND OCCUPATIONAL DISEASE)"</b>				
<b>Accident insurance</b>				
<b>Insurance period, days</b>	<b>Sum insured for accident insurance (UAH)</b>			
	<b>1 000</b>	<b>3 000</b>	<b>5 000</b>	<b>10 000</b>
	<b>Insurance premiums (insurance payments)</b>			
	<b>UAH</b>	<b>UAH</b>	<b>UAH</b>	<b>UAH</b>
<b>*Continuous insurance (B), for one day</b>				
<b>1-15</b>	<b>2,85</b>	<b>3,00</b>	<b>3,20</b>	<b>3,45</b>
<b>16-30</b>	<b>2,60</b>	<b>2,80</b>	<b>3,00</b>	<b>3,25</b>
<b>31-60</b>	<b>2,35</b>	<b>2,55</b>	<b>2,75</b>	<b>2,95</b>
<b>61-365</b>	<b>1,30</b>	<b>2,00</b>	<b>2,55</b>	<b>2,70</b>
<b>**Intermittent insurance (P), for the entire term of the Agreement</b>				
<b>90/30</b>	<b>85,00</b>	<b>90,00</b>	<b>95,00</b>	<b>110,00</b>
<b>180/60</b>	<b>150,00</b>	<b>165,00</b>	<b>180,00</b>	<b>195,00</b>
<b>365(6)/90</b>	<b>215,00</b>	<b>230,00</b>	<b>250,00</b>	<b>275,00</b>
<b>365(6)/180</b>	<b>295,00</b>	<b>315,00</b>	<b>335,00</b>	<b>365,00</b>

\* In the case of continuous insurance, the Agreement continues for the number of insured days indicated in the application for joining (Acceptance, Policy) (that is, insurance protection (insurance coverage) is provided in accordance with the insurance period specified in the Application for joining (Acceptance, Policy), for the specified number of insured days). In the case of using all the insured days (the number of used insured days is determined by summing up the days of stay outside the territory of Ukraine during the period of validity of the Agreement), the Agreement is considered to have ended due to the Insurer fulfilling its obligations to the Insured Person in full. According to the terms of this Program, the minimum duration of the trip with continuous insurance is 3 days, that is, the minimum insurance contract can be drawn up for a period of at least three days. The maximum insurance period is no more than 365(6) days.

\*\* In case of intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided:

- a) with 90/30 – with three-month intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided for a total of up to 30 days within three months, provided that the duration of one trip does not exceed 21 days;
- b) with 180/60 – with half-yearly intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided for a period of up to 60 days in total during the half-year, provided that the duration of one trip does not exceed 21 days;
- c) with annual intermittent insurance, insurance protection (insurance coverage) is provided for the term in the total amount:
  - at 365(6)/90 – up to 90 days during the year, provided that the duration of one trip does not exceed 21 days;
  - at 365(6)/180 – up to 180 days during the year, provided that the duration of trips for each half-year does not exceed 90 days, and the duration of one trip does not exceed 21 days.

The limit of 21 days per trip does not apply to students who are officially studying (student visa) and persons who have official employment (work visa) abroad. In any case, insurance protection (insurance coverage) is valid and provided for a number of days that does not exceed the number of insured days specified in the application for joining (Acceptance, Policy) (insured days of stay abroad according to the terms of the Agreement (Application for joining (Acceptance, Polis)).

\*\*\* insurance payments are paid at the official rate of the National Bank of Ukraine on the date of conclusion of the Agreement.

**2. The size of the insurance premium (insurance payment) under the Contract (Joining Application (Acceptance, Policy)) is equal to the amount of insurance premiums (insurance payments) for the relevant classes of insurance (for the insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip, and for accident insurance) and is defined in the Joining Application (Acceptance, Policy). The insurance premium (insurance payment) for each class of insurance for each Insured Person is calculated in accordance with the terms of this Tariff Policy. The size of the insurance tariff is determined separately for each class of insurance when concluding the Agreement and is indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy). In any case, the amount of the insurance premium (insurance payment) for the insurance of medical expenses (for the insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip) for one Insured person cannot be less UAH 100.00 That is, if the amount of the insurance premium (insurance payment) for the insurance of medical expenses (for the insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip) per one Insured person, which is calculated according to the conditions of the Tariff policy, turns out to be less than UAH 100.00, then the insurance premium (insurance payment) is set in the amount of UAH 100.00. in the case of medical expenses insurance (for the insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip) per one Insured person, and the corresponding insurance tariff is specified in the relevant conditions of the Joining Application (Acceptance, Policy).**

**3. The procedure for calculating insurance premiums (insurance payments) according to the relevant conditions of insurance for each class of insurance (for insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip, and for insurance against accidents):**

a) For conditions of continuous insurance:

The insurance payment for continuous insurance (Pb) is calculated according to the following formula:  $Pb = ((Pd1 * Knbu + Pd2) * Kn * Kd) * Ka$ , where Pd1 – payment for one day (depending on the currency, the amount of the insurance amount and the insurance period) for medical expenses insurance (for the insurance of expenses related to providing help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip), specified in Table 1, for "E-Travel" MINIMUM (eBm) or "E-Travel" STANDARD (eBs) programs (except for intermittent insurance); Pd2 – payment for one day for accident insurance, specified in Table 2 (if the conditions of insurance for accident insurance are chosen when concluding the Agreement); Kn is the corresponding correction factor; Kd – number of days of insurance (number of insured days); Knbu is the official rate of the National Bank of Ukraine on the date of conclusion of the Agreement, Ka is the Insurer's underwriting coefficient, which can be applied if necessary and can adjust the rates and payments if necessary for use on relevant platforms, software complexes, etc. (including depending on the working conditions with partners, insurance intermediaries). If only medical expenses are incurred (for insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip) (without accident insurance), then Pd2 = 0.

b) For conditions of intermittent insurance:

The insurance payment for intermittent insurance (Pp) is calculated according to the following formula:  $Pp = ((Pp1 * Knbu + Pp2) * Kn) * Ka$ , where Pp1 is the payment for the relevant period of insurance (depending on the currency, amount of insurance and term of insurance) for insurance of medical expenses (for insurance of expenses related to providing help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip ), specified in Table 1, for "E-Travel" MINIMUM (eBm) or "E-Travel" STANDARD (eBs) programs (for intermittent insurance); Pp2 – payment for the relevant period of insurance (depending on the size of the sum insured and the term of insurance) for accident insurance, specified in Table 2 (if the conditions of insurance for accident insurance are selected when concluding the Agreement); Kn is the corresponding correction factor; Knbu is the official exchange rate of the National Bank of Ukraine on the date of conclusion of the Agreement. Ka - the Insurer's underwriting coefficient, which can be applied if necessary and can adjust the rates and payments if necessary for use on relevant platforms, software complexes, etc. (including depending on the conditions of work with partners, insurance intermediaries). If only medical expenses insurance is carried out (for insurance of expenses related to the provision of help (assistance) to persons who got into a difficult situation during the Trip) (without voluntary accident insurance), then Pp2 = 0.

**4. The adjustment coefficient (Kn) is determined by multiplying the corresponding adjustment coefficients depending on the characteristics and features of the insurance conditions, which are chosen when concluding the Agreement and indicated in the Joining Application (Acceptance, Policy), namely:  $Kn = K1 * K2 * K3 * K4 * K5 * Kk$**

**4.1. Coefficient for the territory of coverage (territory of the Agreement) (country of stay), K1:**

Territories of coverage (territories of the Agreement) (country of stay)		K1
Europe: EU and Schengen countries		1,00

<b>World:</b> Countries of the whole world, except for Japan, the USA, Canada, Australia, Ukraine or another country of permanent residence of the Insured Person and the country of which the Insured Person is a citizen	2,00
<b>All World:</b> Countries all over the world, except for Ukraine or another country of permanent residence of the Insured Person and the country of which the Insured Person is a citizen	4,00

#### 4.2. Factor by age of Insured persons, K2:

Age of Insured persons	K2
The age of the Insured person is from 1 to 4 (full*) years	3,00
Age of the Insured person is from 4 to 60 (full*) years	1,00
Age of the Insured person is from 60 to 65 (full*) years	2,00

\* By "full" years is meant the day when the Insured Person turned the indicated number of years.

\*\* The possibility of insuring persons aged less than 1 (one) year or older than 65 (sixty-five) years at the time of conclusion of the Agreement is considered at PrJSC "UTSK" exclusively through individual underwriting and upon direct application to the relevant division for sales of insurance products of PrJSC "UTSK".

#### 4.3. Coefficient by the number of Insured persons, K3:

Number of Insured persons	K3
Number of Insured up to 10 people inclusive	1,00
Number of Insured persons from 11 to 25 people inclusive	0,90
Number of Insured persons from 26 persons	0,85

#### 4.4. Коефіцієнт по меті поїздки, K4:

The purpose of the trip	K4
<b>Tourism</b> (travel, leisure)*	1,00
<b>Active recreation</b> (active recreation activities)**	2,00
<b>Work/study</b> (work for hire (contract), including physical work, study (including industrial, student practice, study, etc.))***	1,80
<b>Sport</b> (sports)****	4,00

\* Tourism (travel, ordinary rest) - the purpose of the trip, which is covered by the basic terms of the Agreement and meets the conditions of ordinary tourism (travel, rest), without the presence of conditions or circumstances that correspond to such a purpose as "Active recreation", "Work/study" or "Sports";

\*\* According to this Agreement, the term "Active recreation" means a way of spending free time, a type of hobby, during which the vacationer engages in active activities that require active physical work of the body, muscles, and the whole body. In particular, active recreation includes:

- the following types of active recreation or active activities (only at the amateur level, without participation in competitions): winter sports (mountain skiing and snowboarding at the amateur level at ski resorts during recreation); cross-country ski walks; diving (diving depth up to 18 meters (diving to a depth of 40 meters is considered "sport", and diving to a depth of 40 meters and more (all other depths from 40 meters) are not covered by standard insurance conditions and require separate underwriting and may be covered under Under the contract only with the separate written consent of the Insurer)), swimming (in pools, rivers, seas, etc.), aqua aerobics; fishing, hunting, shooting (bullet, bench, bow, crossbow, etc.); rafting (1-2 level of difficulty (all other levels are considered "sport")); horseback riding or riding on horses, camels, elephants, etc.; parasailing (flying with a parachute (parasailing) behind a boat); sports tourism, hiking/trekking (1-2 difficulty categories, provided that the ascent is not more than 2,500 meters (all other categories are considered "sport")), cycling, cycling, quad biking, jet skiing and buggies etc. (including the stay of the insured person as a passenger), skateboarding, kiting, geocaching, speleotourism, kayaking, jet skis, scooters, etc.; tennis, golf, roller skating, volleyball (including beach), football (including beach), squash, badminton, running, etc.; others subject to the conditions of active recreation;

- non-professional participation in any sports;

\*\*\* According to the Agreement, the concept of "Work/training" means the Insured Person's performance of any type of work for hire (contract), including physical work, training (including industrial, student practice, training, etc.);



\*\*\*\* According to the Agreement, the concept of "Sport" means the activity of subjects in the field of physical culture and sports, aimed at identifying and unified comparison of people's achievements in physical, intellectual and other training (training) by holding sports competitions and corresponding preparation for them .

#### 4.5. Coefficient for the size of the franchise, K5:

The size of the franchise	K5
Deductible of 100 USD (EUR)	1,00
Deductible of 50 USD (EUR)	1,30
Deductible of 0 USD (EUR)	1,80

**5. Other sizes of the adjusting coefficients (Kk) depend on the characteristics and features of the insurance risk (for example:** geographical and climatic zones of the country of departure, sanitary-epidemiological situation and political and economic situation in a specific country, age of the insured person, purpose and period of departure, etc. p., as well as including the results of individual underwriting or individual approval) and may be applied with the values defined in the General Terms and Conditions of the Insurance Product under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who have fallen into difficult situation during the trip" (in the version valid on the date of conclusion of the Agreement (Joining Application (Acceptance, Policy)) and/or the General Terms and Conditions of the Insurance Product under Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including on the case of industrial injury and occupational disease)" (in the version valid on the date of conclusion of the Contract (Application-joining (Acceptance, Policy))) (use of both increasing and decreasing coefficients, for example, with the following values: upward from 1.0 to 10.0, decreasing from 0.01 to 1.0). The final amount of the insurance premium (insurance payment) is set for a specific Program and indicated in the Application for joining (Acceptance, Policy). Depending on the conditions of work with sales departments (insurance brokers, partners, agents), electronic platforms or other persons involved in the sale of the insurance product (including using its own software complexes, etc.), the Insurer may adjust the rates and payments for relevant platforms, software complexes, etc., using a separate underwriting coefficient (Ka) in the range of 0.01-10.0. Other conditions may apply in accordance with the General Terms and Conditions of the Insurance Product under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who are in a difficult situation during travel" and the General Terms and Conditions of the Insurance Product under Insurance Class 1: " Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" (corresponding current editions).

**Appendix No. 3**  
**to the "E-Travel" medical expenses insurance contract for persons traveling abroad**  
**(accession agreement) [offers No. 308/05-06/02-1.00]**

**ADDITIONAL INFORMATION FOR THE INSURER ACCORDING TO THE REQUIREMENTS OF THE  
LEGISLATION OF UKRAINE**

**Section I. Information about the Insurer in accordance with the provisions of Article 87 of the Law of Ukraine "On Insurance".** This information about the Insurer is communicated to the client before the conclusion of the insurance contract at the points of sale of the Insurer's insurance products, and is also provided through a link to such information, which is posted on the Insurer's website and is available for viewing at the following link: <https://www.utico.ua>, and is also attached to this Agreement for review before concluding the Agreement:

1) Name and location of the Insurer (including a separate subdivision of the insurer that concludes the insurance contract), its identification code in the Unified State Register of Enterprises and Organizations of Ukraine:

Private joint-stock company "Ukrainian Transport Insurance Company." (PJSC "UTSK", UTICO).

Location: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033.

Identification code of EDRPOU: 22945712.

**2) Information on the license to carry out insurance activities and the method of checking its relevance:**

Within the framework of this Agreement: License under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who are in a difficult situation during the journey" and License under Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" (for verification: Comprehensive information system of the National Bank of Ukraine: <https://kis.bank.gov.ua>, or an extract from the State Register of Financial Institutions is available at the link: <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>). A list of all licenses is provided on the Website of the Insurer and Regulator (NBU). The relevance check can be carried out:

- by reviewing the information on the Insurer's website: <https://www.utico.ua>.

- by checking on the Website of the Regulator (NBU): <https://bank.gov.ua>, in particular in the relevant register of financial institutions, for example, at the link: <https://bank.gov.ua/ua/supervision/nonbanks/registers-lists>, <https://kis.bank.gov.ua>.

**3) The list of insurance services that can be provided by the Insurer at the client's request, the procedure and conditions for advising clients on insurance services:**

At the request of clients, the Insurer may provide insurance services within the framework of licenses for Insurance Classes held by the Insurer. The list of relevant licenses is provided in public information on the Insurer's Website and/or available on the regulator's website as indicated above.

Within the framework of this Agreement, the Insurer provides insurance services under the License under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who are in a difficult situation during the trip" and the License under Insurance Class 1: "Insurance against an accident (including in case of industrial injury and occupational disease)" under the Standard insurance product "Insurance of medical expenses of persons traveling abroad "E-Travel": code 308/05-06 (Standard product for electronic sales) .

Client counseling can be carried out by employees of the Insurer's insurance product sales units during working hours by phone. Contact details are provided on the Insurer's website at the following link: <https://www.utico.ua>.

When concluding insurance contracts for insurance classes other than life insurance, individual consultations may be provided at the decision of the Insurer (insurance intermediary) or at the request of the client. In this case, the procedure and conditions for obtaining such a consultation are determined by the Insurer or its representative when the client applies.

**4) The type of remuneration that the Insurer's sales employee (in the case of involving the employee in the sale of the insurance product) will receive when concluding an insurance contract, including the procedure and conditions for its payment:**

The employees of the relevant subdivisions for the sale of the insurance products of the Insurer (in the case of involving the employee in the sale of the insurance product) receive, upon conclusion of the insurance contract, remuneration in the form of: or salary (for full-time employees and according to the staff list) and/or commission, payment procedure and conditions which are regulated by the relevant contract concluded with such an employee.

**5) Information about any other payments (except insurance premiums) that the client will be required to pay in the event of concluding an insurance contract:**

The contract does not provide for any other payments than insurance premiums under the contract. It is possible for clients to pay a commission for the transfer of insurance premium funds, depending on the tariffs and conditions of the banking or other financial institution (payment system), through which the client pays the insurance premium in favor of the Insurer (the tariffs and conditions of such commissions in this case are determined by the relevant banking or other financial institution (payment system) through which the client pays the insurance premium).

6) Information on the mechanisms and methods of protecting the rights of consumers of financial services (in particular, on the possibility and procedure of out-of-court consideration of complaints of consumers of financial services, the address of the Insurer, at which customer complaints are accepted):

The Insurer protects the rights of consumers by complying with the requirements of the legislation of Ukraine regulating insurance activity and legislation on the protection of consumer rights. The following apply to the mechanisms and methods of protecting the rights of consumers of financial services at the Insurer:

- The procedure for settling disputed issues that arise in the process of providing a financial service. Settlement of disputed issues and disputes between policyholders and the insurance company under insurance contracts are resolved through negotiations. If the parties do not reach an agreement on the disputed issues, then the disputes are resolved in accordance with the procedure established by the insurance contract and the current legislation of Ukraine.

- For out-of-court consideration of complaints of consumers of financial services, relevant appeals are sent by post to the Insurer's address, where customer complaints are accepted: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033. Such appeals are considered by the Legal Department of the Insurer within the time limit established by law and in accordance with the Insurer's internal procedures. The results of the review are communicated to the applicant. The insurer considers complaints that are filed in accordance with the requirements of the law. In case of non-compliance with the requirements of the law regarding the procedure for submission and the information that such a document must contain in accordance with the law, the Insurer reserves the right to leave such appeals (complaints) without consideration.

#### **7) Other information defined by the laws of Ukraine and regulatory acts of the Regulator:**

Other information specified by law is provided on the Insurer's website and is available for review at the following link: <https://www.utico.ua> and/or listed below in this appendix to the Agreement.

This information is also available for perusal and is posted on the Insurer's website: <https://www.utico.ua> so that customers can familiarize themselves with this information before concluding an insurance contract.

### **Section II. INFORMATION ON THE SEQUENCE OF SATISFACTION OF CONSUMER REQUIREMENTS UNDER INSURANCE CONTRACTS, WHICH MAY ARISE IN THE EVENT OF THE INSURER BEING DECLARED BANKRUPT, IN ACCORDANCE WITH PART NINE OF ARTICLE 92 OF THE CODE OF UKRAINE ON BANKRUPTCY PROCEDURES**

In accordance with the requirements of the legislation, PrJSC "UTSK" provides information on the order of satisfaction of consumer claims under insurance contracts that may arise in the event that the insurer is declared bankrupt, in accordance with part nine of Article 92 of the Code of Ukraine on Bankruptcy Procedures (hereinafter - the Code):

1. When considering a bankruptcy case of an insurer, a specially authorized central body of the executive power in matters of supervision of insurance activities shall be recognized as a participant in the bankruptcy proceedings.

The arbitration manager in the bankruptcy case of an insurer must pass an exam according to the training program for arbitration managers in bankruptcy cases of insurance organizations.

2. An application to open proceedings in the case of bankruptcy of the insurer may be submitted to the commercial court by the debtor, creditor or other authorized body.

3. Expropriation of the property of the insurer-debtor as a single property complex (complexes) is carried out in the rehabilitation procedure according to the rules established by this Code.

During the liquidation procedure, the sole property complex of the insurer, which is used for carrying out insurance activities, can be sold only if the buyer agrees to assume the obligations of the bankrupt insurer under insurance contracts, under which the insured event did not occur before the date of declaring the insurer bankrupt.

4. Only the insurer can be the buyer of the sole property complex of the insurer, which is used for insurance activity.

5. In the case of the sale of a single property complex of the insurer, which is used for the performance of insurance activities, in the rehabilitation procedure, all rights and obligations under insurance contracts are transferred to the buyer, according to which the insured event has not occurred on the date of the sale of the insurer's property.

6. In the event that the commercial court declares the insurer bankrupt and the liquidation procedure is opened, all insurance contracts concluded by such an insurer, under which the insured event did not occur before the date of adoption of the said decision, are terminated, except for the cases provided for in part three of this article.

7. Policyholders under insurance contracts, the validity of which is terminated on the grounds provided for in part six of this article, have the right to demand the return of a part of the insurance premium paid to the insurer in proportion to the difference between the term for which the insurance contract was concluded and the term during which such contract was actually in force insurance, unless otherwise provided by law.

8. Insureds under insurance contracts under which the insured event occurred before the day of adoption by the commercial court of the resolution on declaring the insurer bankrupt and opening the liquidation procedure, have the right to demand insurance payments.

9. In the event that the commercial court declares the insurer bankrupt and the liquidation procedure is opened, the claims of creditors under first-tier insurance contracts shall be satisfied in the following order:

in the first place - requirements under personal insurance contracts, stipulated by part eight of this article;

in the second place - claims of individuals under other insurance contracts, provided for by part eight of this article;

in the third place - claims of legal entities under other insurance contracts, stipulated by part eight of this article;

in the fourth place - requirements under personal insurance contracts, provided for by part seven of this article;

in the fifth place - claims of natural persons under other insurance contracts, provided for in part seven of this article;

in the sixth place - requirements of legal entities under other insurance contracts, provided for by part seven of this article.

### **Chapter III. INFORMATION ACCORDING TO THE REQUIREMENTS OF THE LAW OF UKRAINE "ON THE PROTECTION OF PERSONAL DATA":**



Rights of the subject of personal data. PrJSC "UTSK" informs about the rights of the subject of personal data according to the Law of Ukraine "On Protection of Personal Data":

1. Personal non-property rights to personal data, which each natural person has, are inalienable and inviolable.
2. The subject of personal data has the right:
  - 1) to know about the sources of collection, the location of their personal data, the purpose of their processing, the location or place of residence (residence) of the owner or manager of personal data or to give an appropriate mandate to obtain this information to persons authorized by him, except for cases established by law;
  - 2) receive information about the conditions for providing access to personal data, in particular information about third parties to whom his personal data is transferred;
  - 3) to access your personal data;
  - 4) to receive no later than thirty calendar days from the date of receipt of the request, except in cases provided by law, an answer on whether his personal data is being processed, as well as to receive the content of such personal data;
  - 5) present a reasoned demand to the owner of personal data with an objection to the processing of his personal data;
  - 6) make a reasoned demand for the change or destruction of your personal data by any owner and manager of personal data, if these data are processed illegally or are unreliable;
  - 7) to protect your personal data from illegal processing and accidental loss, destruction, damage due to intentional concealment, failure to provide or untimely provision of them, as well as protection from providing information that is unreliable or dishonors honor, dignity and business reputation natural person;
  - 8) file complaints about the processing of personal data with the Commissioner or the court;
  - 9) apply legal remedies in case of violation of the legislation on the protection of personal data;
  - 10) enter reservations regarding the limitation of the right to process one's personal data when giving consent;
  - 11) withdraw consent to the processing of personal data;
  - 12) know the mechanism of automatic processing of personal data;
  - 13) to protect against an automated decision that has legal consequences for him.

#### **Chapter IV. INFORMATION ACCORDING TO THE REQUIREMENTS OF THE LAW OF UKRAINE "ON FINANCIAL SERVICES AND FINANCIAL COMPANIES":**

**The client's right to information. PJSC "UTSK" in accordance with the Law of Ukraine "On Financial Services and Financial Companies" provides the following information before and during the receipt of a financial service (before and during the conclusion of insurance contracts):**

**I. PJSC "UTSK" in accordance with the requirements of subparagraph 1 of the first part of Article 6 of the Law "On Financial Services and Financial Companies" discloses and provides you with the following information:**

1) With regard to products offered within such a type of financial services as insurance:

PrJSC "UTSK" provides insurance services on the basis of the relevant licenses available at "UTSK" PrJSC for the implementation of Insurance Classes.

A list of all licenses is provided on the website of the Insurer and regulator. An extract from the State Register of Financial Institutions is provided on the Insurer's website: <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>. Validity can be checked by checking the website of the Insurer: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/licenzii-ta-pravila>, and/or by checking the website of the Regulator (NBU): <https://bank.gov.ua>, in particular in the relevant register of financial institutions, for example, at the link: <https://kis.bank.gov.ua>.

Within the scope of this Agreement, the Insurer provides insurance services according to the license under Insurance Class 18: "Insurance of expenses related to the provision of assistance (assistance) to persons who got into a difficult situation during the trip" and the license under Insurance Class 1: "Insurance from an accident (including in the event of an industrial injury and occupational disease)" under the Standard insurance product "Insurance of medical expenses of persons traveling abroad "E-Travel": code 308/05-06 (Standard product for electronic sales).

Information about the available standard (basic) insurance products of PrJSC "UTSK" is defined on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. The procedure and conditions for the provision of relevant services are defined in accordance with regulatory acts in the field of insurance and are indicated in the insurance products of PJSC "UTSK" and directly in the concluded insurance contracts. Terms and conditions of insurance products are available on the website of PrJSC UTSK: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

**II. PJSC "UTSK" in accordance with parts 2, 4, 5 of Article 7 of the Law of Ukraine "On Financial Services and Financial Companies" discloses and provides you with the following information:**

**1) Information about the provider of financial services:**

a) name, location, contact phone number, e-mail address of the financial service provider and the address at which customer complaints are received:

Name: Private joint-stock company "Ukrainian Transport Insurance Company." (PJSC "UTSK", UTICO).

Location: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033.

Identification code of EDRPOU: 22945712.

Contact phone number: +3 8044 303 97 70.

E-mail address: [office@utico.ua](mailto:office@utico.ua).

**Address where customer complaints are received:**

For out-of-court consideration of complaints of consumers of financial services, relevant appeals are sent by mail to the address of PrJSC "UTSK", which accepts customer complaints: str. Saksaganskoho, 77, Kyiv, 01033. Such appeals are considered by

the Legal Department of UTSK PrJSC within the term established by law and according to the UTSK PrJSC internal procedures.

**b) information on separate subdivisions, places of financial services provision:**

The person providing financial services: PJSC "UTSK" provides services through its own internal units for the sale of insurance services and insurance intermediaries, which act on the basis of the relevant commission contracts or other contracts and within the limits of the powers granted by the relevant powers of attorney. At the moment, PrJSC "UTSK" does not have working separate units.

Name, location, contact phone number and e-mail address of the person who provides financial services: contact details of the relevant persons can be obtained by contacting the relevant divisions of insurance sales, whose contact details are available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua> in the "Contacts" section.

The name of the person who provides intermediary services (if available): if there are such persons, their details are indicated in the relevant power of attorney contracts or other contracts on the basis of which such persons act and within the limits of the powers granted by the respective powers of attorney.

The list of persons who provide intermediary services is given at the following link:

<https://www.utico.ua/page/perelik-agentiv>.

**c) information on the composition of management bodies / list of its managers:**

Relevant information is posted on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua> in the "About the company" section, in particular in public information: <https://www.utico.ua/page/publiczna-informaciya>.

**d) information on financial indicators of activity, ownership structure, other information about the provider of financial services that is subject to disclosure in accordance with the law / information on financial indicators of its activity and economic condition that are subject to mandatory disclosure:**

Relevant information is available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua> in the "About the company" section. In particular, in the "About the company" PJSC "UTSK" discloses:

1) financial statements, which are prepared and submitted in accordance with the legislation and must be disclosed on the website:

In accordance with the terms of the legislation, PJSC "UTSK" discloses on its own website the relevant financial statements, which are compiled and submitted in accordance with the legislation. Relevant data are available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua/page/richna-informaciya-emitenta-cinnih-paperiv-ta-finansova-zvitnist> in the "About the company" section.

2) Other public information or reporting, which is compiled in accordance with legislation and must be disclosed on the Website of PrJSC "UTSK", including issuer data, ownership structure, etc. - which are available on the Website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua> in the "About the company" section.

**e) information on the state registration of the provider of financial services.** Information on the state registration of a person providing financial services: PJSC "UTSK" is registered in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine. Date of initial registration: 29.12.1994, Code according to EDRPOU: 22945712.

**e) information on whether the provider of financial services has the right to provide the relevant financial service and on its inclusion in the Register, which contains information about such a provider of financial services:**

PrJSC "UTSK" provides insurance services based on the relevant licenses available at "UTSK" PrJSC. The relevance check can be carried out by checking the Website of the Regulator (NBU): <https://bank.gov.ua>, in particular in the relevant register of financial institutions, for example, at the link: <https://kis.bank.gov.ua>.

Information on the inclusion of a financial institution in the relevant state register of financial institutions:

PJSC "UTSK" is included in the State Register of Financial Institutions in accordance with the requirements of Ukrainian legislation. To check the data, you can use the search in the Comprehensive Information System of the National Bank (CIS of the NBU), which is available on the NBU website in the section "Search for non-banking institutions", in particular at the link: <https://kis.bank.gov.ua> or by checking at Website of the Regulator (NBU): <https://bank.gov.ua>, in particular in the relevant register of financial institutions, for example, at the link: <https://bank.gov.ua/ua/supervision/nonbanks/registers-lists>.

**f) information on initiation of bankruptcy proceedings, opening of a liquidation procedure, application of a rehabilitation procedure to a provider of financial services:**

Proceedings in the bankruptcy case of PrJSC "UTSK" were not interrupted, the opening of the liquidation procedure was not carried out, the rehabilitation procedure was not applied. If necessary, relevant information is posted on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>.

**g) a decision on the liquidation/termination of a financial services provider:**

No decision was made to liquidate/terminate UTSK PJSC. If necessary, relevant information is posted on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>.

**g) contact information of the Regulator, which carries out state regulation of the activities of the financial services provider:**

Contact information of the body that carries out state regulation of the activity of a person providing financial services: the body that carries out state regulation of the activity of a person that provides financial services is the National Bank of Ukraine (NBU). NBU contact details:

Address: str. Instytutska, 9, Kyiv, 01601.

Phone: 0 800 505 240 (Your phone must work in tone mode).

Official Website: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

Other phone contacts are listed on the official website: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

**2) The list of services and products provided by the financial services provider, the order and terms of their provision / essential terms of the agreement on the provision of financial services, including a) the minimum term of validity of the agreement; b) the consumer has the right to withdraw from the contract, the right to terminate the contract, the right to early performance of the contract, as well as the procedure and consequences of exercising such rights; c) the procedure for making changes to the contract:**

Information about the available standard (basic) insurance products of PrJSC "UTSK" is defined on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>. The procedure and conditions for the provision of relevant services are defined in accordance with regulatory acts in the field of insurance and are indicated in the insurance products of PJSC "UTSK" and directly in the concluded insurance contracts. Specific information on the conditions of insurance products is available on the website of PJSC UTSK: <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

In addition, PrJSC "UTSK" discloses the necessary information in accordance with the requirements of the law in the relevant information documents on the standard insurance product, which are also available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/strahovi-produkti>.

Agreement on the provision of financial services:

a) the client has the right to withdraw from the contract for the provision of financial services:

In accordance with the legislation, the client has the right to prematurely terminate the insurance contract concluded by him or to refuse the contract in the cases specified by the legislation. The procedure for changing and terminating the insurance contract is determined in the terms of the relevant insurance contract in accordance with the terms of the relevant insurance products and legislation. According to the provisions of Article 107 of the Law of Ukraine "On Insurance" No. 1909-IX dated November 18, 2021, the Insured has the right to withdraw from the insurance contract (taking into account the conditions specified in the insurance contract and legislation).

b) the period during which the client can use the right to withdraw from the contract, as well as other conditions for using the right to withdraw from the contract:

Any party is obliged to notify the other party of the intention to prematurely terminate the insurance contract no later than 30 calendar days before the date of termination of the insurance contract, unless otherwise provided by the insurance contract. According to the terms of Article 107 of the Law of Ukraine "On Insurance" No. 1909-IX dated November 18, 2021, the terms for the cancellation of the insurance contract are defined (taking into account the conditions specified in the insurance contract and legislation).

c) minimum contract term (if applicable):

The usual term of the insurance contract, which is usually concluded with clients, is one year. The terms and conditions of individual insurance products may specify separate terms regarding the term of the insurance contract, including the minimum possible in accordance with the requirements of the law (for example, according to the Social Security Act - at least 15 days), or in other cases determined by individual conditions of insurance products, insurance programs or legislation (in particular, under insurance conditions for which relevant requirements are established by law).

d) the client has the right to terminate or terminate the contract, the right to early performance of the contract, as well as the consequences of such actions:

According to the terms of Article 105 of the Law of Ukraine "On Insurance" No. 1909-IX of November 18, 2021, the insurance contract shall be terminated and the contract shall become void upon the agreement of the parties, as well as in the event of:

- 1) expiration of the insurance contract;
- 2) fulfillment by the insurer of its obligations to the insured in full;
- 3) non-payment by the policyholder of the regular part of the insurance premium within the term established by the contract (in the case of payment of the insurance premium in installments). At the same time, the insurance contract is considered prematurely terminated from the day following the day of payment of the next part of the insurance premium established in the insurance contract, unless otherwise stipulated by the terms of the contract;
- 4) liquidation of the policyholder - a legal entity or the death of the policyholder - a natural person (except for the cases provided for in Article 100 of this Law);
- 5) liquidation of the insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;
- 6) entry into legal force of a court decision declaring an insurance contract invalid;
- 7) in other cases provided for by the legislation of Ukraine and the insurance contract.

The insurance contract may be prematurely terminated at the request of the insured or the insurer, if this is provided for in the terms of such contract. The insurance contract may not be prematurely terminated by the insurer, unless the policyholder, who fulfills all the terms of the insurance contract, has consented to it, and unless otherwise provided for by the terms of such contract and the legislation of Ukraine.

In the event of premature termination of the insurance contract, except for the life insurance contract, at the request of the insured, the insurer returns to him the insurance premium for the period remaining before the expiration of the contract, with the deduction of costs directly related to the conclusion and execution of this insurance contract, and actual insurance payments made under this insurance contract.

If the policyholder's claim is due to the insurer's violation of the terms of the insurance contract, the insurer will return the insurance premium paid to the policyholder in full.



In the event of premature termination of the insurance contract, except for life insurance, the insurance premium paid in full is returned to the insured at the request of the insurer.

If the insurer's claim is caused by the policyholder's non-fulfillment of the terms of the insurance contract, the insurer shall return to him the insurance premium for the period remaining before the expiration of the contract, deducting the costs directly related to the conclusion and performance of this insurance contract and the actual insurance payments that were made under this insurance contract.

The law may provide for cases in which the insurance contract cannot be prematurely terminated, in particular if:

- 1) the obligation to conclude an insurance contract is determined by law;
- 2) concluding an insurance contract is the realization of other legal relations.
- e) the procedure for introducing changes and additions to the contract:

The corresponding conditions are specified in the conditions of the relevant insurance products of PrJSC "UTSK" and directly in the concluded insurance contracts. Terms and conditions of insurance products are available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>.

**3) Cost, price/tariffs, amount of payment (interest, remuneration) for products depending on the type of financial service (for products offered to customers who are not consumers, such information may be individual) / Financial service - the total amount of costs, including fees, payments and other expenses that the consumer must pay in connection with receiving a financial service, including taxes, and if the specific amount cannot be determined - the procedure for determining such expenses:**

The financial service offered to you as a client of an insurance company is an insurance service. The representative of PJSC "UTSK" informs you about the insurance conditions, including the price of the insurance service, before concluding the insurance contract. This service, with your consent, can be provided to you by PJSC "UTSK" by concluding an appropriate insurance contract. The price of the insurance service depends on the insurance conditions specified in your insurance contract, which is provided to you for study before signing it (for example: on the object of insurance and the subject of the insurance contract, insured events, insurance risks, the amount of the insured amount, the insurance period, etc.).

The price of the insurance service offered to you by a representative of PrJSC "UTSK" is determined in accordance with regulatory acts in the field of insurance and the relevant conditions of insurance products of PrJSC "UTSK". Terms and conditions of insurance products are available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>.

**Impossibility of increasing the fixed interest rate or changing the procedure for calculating the variable interest rate under the contract without the written consent of the consumer:**

PrJSC "UTSK" applies a tariff policy and sets insurance tariffs, which are set directly in insurance contracts, in accordance with the requirements of legislation and/or the relevant conditions of insurance products, which are available on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua>. The insurance tariff can be changed in accordance with the conditions defined in the concluded insurance contracts (for example, when the insurance risk changes, etc.). At the same time, such conditions are defined in the relevant insurance contracts.

**4) Information on consumer protection mechanisms (on the possibility and procedure of out-of-court consideration of consumer complaints, as well as on the availability of guarantee funds or compensation schemes applied in accordance with the legislation of Ukraine for certain types of financial services and/or products) / consumer protection mechanisms:**

Mechanisms for the protection of the rights of consumers of financial services, the possibility and procedure for consideration of complaints and out-of-court settlement of disputes, and the procedure for consideration by the provider of financial services of appeals from consumers of financial services. The procedure for considering applications from financial service providers to UTSK PrJSC was approved by the decision of the Supervisory Board of UTSK PrJSC (protocol No. 05/10/2022 dated 05.10.2022). You can familiarize yourself with the content of this order on the Company's website at the link: <https://www.utico.ua/page/spozhivachu>. The consumer of financial services has the right to apply to PrJSC "UTSK" as a provider of financial services, and PrJSC "UTSK" is obliged to consider it in due time.

1. The procedure for accepting consumer appeals.

According to Art. 3 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", consumer appeals are written or oral proposals (remarks), statements (requests) and complaints.

The appeal can be oral or written.

Citizen appeals are accepted in any of the following ways:

- 1) in writing, by sending an application by mail:
  - to the postal address of PrJSC "UTSK": 01033, city of Kyiv, str. Saksagansky, 77;
  - to the electronic mailbox (e-mail): [utico@utico.ua](mailto:utico@utico.ua); [utico@utico.com.ua](mailto:utico@utico.com.ua)
- 2) oral appeal:
  - by means of telephone communication by phone: (044) 303 97 70;
  - at a personal reception at the company's location.

An appeal can be submitted both by an individual (individual) and by a group of individuals (collective).

When submitting an appeal in accordance with Art. 5 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", the following requirements must be met:

- requirements for the addressee: appeals are addressed to the financial institution, its officials, whose authority is to resolve the issues raised in the appeals;

- requirements for the form: the application must state the surname, first name, patronymic, place of residence of the citizen, outline the essence of the raised issue, remarks, suggestions, complaints, requests or demands. The written appeal must be signed by the applicant(s) and dated. The e-mail must also include an e-mail address to which a reply can be sent to the applicant, or information on other means of communication with him. The use of an electronic digital signature when sending an electronic application is not required.

An application made without complying with the specified requirements shall be returned to the applicant with relevant explanations no later than ten days after its receipt.

Requirements for the language of application: consumers have the right to apply to the financial institution and its officials in Ukrainian or another language acceptable to the parties.

Appeals are considered processed if the issues raised in them are considered in substance, the necessary measures are taken, an answer is given to the applicant in written (electronic) form, and also if the issues raised are removed from consideration by the applicant, which is his written (electronic) notification.

2. The procedure and deadlines for consideration of consumer appeals.

Consideration of suggestions (comments) of consumers:

According to Art. 14 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", the financial institution is obliged to consider proposals (comments) and inform the consumer about the results of the consideration.

Consideration of applications (requests):

According to Art. 15 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", a financial institution whose powers include consideration of applications (petitions) is obliged to objectively and timely consider them, verify the facts stated in them, make decisions in accordance with the current legislation and ensure their implementation, notify consumers about the consequences of consideration of applications (requests).

Consideration of consumer complaints:

According to Art. 16 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", a complaint against the actions or decisions of a financial institution is submitted under the procedure of subordination to the National Bank of Ukraine, which does not deprive the consumer of the right to apply to the court in accordance with the current legislation, and in case of disagreement of the consumer with the decision taken on the complaint - directly to the court.

Deadline for consideration of consumer appeals:

According to Art. 20 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", appeals are considered and resolved within a period of no more than 1 month from the day of their receipt, and those that do not require additional study - immediately, but no later than 15 days from the day of their receipt.

If it is impossible to resolve the issues raised in the appeal within a month, the Chairman of the Management Board of PJSC "UTSK" sets the necessary deadline for its consideration, which is notified to the person who submitted the appeal.

At the same time, the total term for solving the issues raised in the appeal cannot exceed 45 days. Appeals from consumers who have benefits established by law are considered on a priority basis.

Answers to requests from attorneys submitted in the interests of consumers of financial services are provided by PJSC "UTSK" no later than five working days from the date of receipt of the request in accordance with the requirements of Part 2 of Article 24 of the Law of Ukraine "On Advocacy and Advocacy", except for information with limited access and copies of documents containing information with limited access.

If the lawyer's request concerns the provision of a significant amount of information or requires the search for information among a significant amount of data, the term of consideration of the lawyer's request may be extended up to twenty working days with justification of the reasons for such extension, which the lawyer is notified in writing no later than five working days from receiving a lawyer's request.

If the satisfaction of the lawyer's request involves the production of copies of documents with a volume of more than ten pages, the lawyer is obliged to reimburse the actual costs of copying and printing. The amount of such expenses cannot exceed the limit of expenses for copying and printing established by the Cabinet of Ministers of Ukraine in accordance with the Law of Ukraine "On Access to Public Information".

Requests of people's deputies of Ukraine received in the interests of citizens are considered within 15 days (deputy appeals - within 10 days). If the request (appeal) for objective reasons cannot be considered within the established time limit, the head of the relevant state authority or local self-government body, enterprise, institution, organization is obliged to notify the People's Deputy in writing about this and propose another time limit, which should not exceed one month after receiving the request (30 days after receiving the request), in accordance with Art. 15, 16 of the Law of Ukraine "On the Status of People's Deputy of Ukraine" dated 11.17.1992 No. 2790-XII.

If the application does not include the last name, first name, patronymic, place of residence or the essence of the raised issue, it is returned to the applicant with relevant explanations no later than 10 days after its receipt.

A written application without indicating the place of residence, not signed by the author (authors), as well as one from which it is impossible to establish authorship, is recognized as anonymous and is not subject to consideration.

Repeated appeals from the same consumer on the same issue are not considered, if the first one has been resolved on the merits, as well as those complaints submitted in violation of the terms provided for in Article 17 of the Law of Ukraine "On Appeals of Citizens", and appeals by persons, recognized by the court as incompetent.

If the answer provided by the Company did not satisfy the Consumer, and the Consumer believes that his rights have been violated, he can send a corresponding appeal on the page of the official Internet representative office of the National Bank in the section "Protection of consumer rights" at the link: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>.

The body that carries out state regulation and supervision of the Company's activities is the National Bank of Ukraine: Phone: 0 800 505 240. Email: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua). For correspondence: st. Instytutska, 9, Kyiv, 01601. Website: <https://bank.gov.ua>.

3. Availability of guarantee funds or compensation schemes applied in accordance with legislation.

PJSC "UTSK" is a member of associations of insurers, namely: MTSBU, YASPU, which form and dispose of the corresponding guarantee funds, which are formed by insurers within the framework of the relevant normative acts of Ukraine when carrying out such activities, for example, in the field of civil liability insurance owners of ground vehicles.

**5) Name (for an individual or an individual entrepreneur, surname, first name, patronymic (if available) of intermediaries (if available):**

The name of the person who provides intermediary services (if available): if there are such persons, their details are indicated in the relevant power of attorney contracts or other contracts on the basis of which such persons act and within the limits of the powers granted by the respective powers of attorney. The list of persons who provide intermediary services is given at the link: <https://www.utico.ua/page/perelik-agentiv>.

**6) The amount of shares in the authorized capital of the financial services provider owned by the members of its executive body, as well as about the ownership structure of the financial services provider:**

Relevant information is posted on the website of PrJSC "UTSK": <https://www.utico.ua> in the "About the company" section, in particular in public information: <https://www.utico.ua/page/publiczna-informaciya>.

**7) Other information, the right to receive which is defined by law, is placed by PrJSC "UTSK" on the website of PrJSC "UTSK":** <https://www.utico.ua>, <https://www.utico.ua/page/publiczna-informaciya>.

**Section V. INFORMATION ABOUT INSURANCE TERMS:**

Acquaintance of the policyholder with insurance conditions and insurance products in accordance with the requirements of the Law of Ukraine "On Insurance". The policyholder can familiarize himself with the relevant conditions:

- a) in places where insurance services are sold, including using the Internet;
- b) on the website of PrJSC "UTSK" at the address: <https://www.utico.ua>;
- c) on the websites of partners (insurance intermediaries) of PJSC "UTSK" (if the insurance product is sold by such a partner).