

Загальні умови договору добровільного медичного страхування іноземців, які тимчасово перебувають на території України

7. Преамбула

7.1 Цей Договір добровільного медичного страхування іноземців, які тимчасово перебувають на території України (надалі – Договір, Договір страхування), укладений відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 07.05.2009 р. під реєстраційним № 0390315 (далі – Правила), на підставі ліцензії серії АЕ № 641960 від 25.06.2015 р., виданої Нацкомфінпослуг України.

8. Предмет Договору страхування

8.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи – іноземця – під час його перебування на території України.

9. Перелік страхових випадків

9.1. Страховими випадками визнаються наступні події:

9.1.1. звернення Застрахованої особи до медичного закладу, за попереднім погодженням з Асистанською компанією (далі – Асистанс) або Страховиком у зв'язку з раптовим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, іншим розладом здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання невідкладної медичної допомоги.

9.2. Події, передбачені п.9.1. Договору, визнаються страховими випадками, якщо вони стали наслідком раптового захворювання, травмою, отруєнням Застрахованої особи під час її перебування на території України в період дії Договору страхування та призвели до витрат майнового характеру Страхувальника (Застрахованої особи). Раптовим захворюванням вважається несподіване погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що виникло та вимагає невідкладного медичного втручання.

Спеціалізовані особи – треті особи, що є медичними закладами та лікарнями, аптечні установи, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) та мають право на здійснення своєї діяльності. Невідкладна медична допомога – вид медичної допомоги, що надається людині у невідкладному стані. Іноземці – згідно з цим Договором – особи, які належать до громадянства іноземних держав і не є громадянами України, та особи без громадянства – особи, які не належать до громадянства будь-якої держави.

10. Витрати, які відшкодує Страховик

10.1. При настанні страхового випадку Страховик відшкодує в межах обумовленої в Договорі страхової суми наступні витрати:

10.1.1. по стаціонарному лікуванню, а саме: розміщення у лікарні, витрати по проведенню операцій, діагностичних досліджень, включаючи оплату медикаментів, перев'язочних засобів та засобів фіксації (гіпс, биндаж тощо), **необхідних для лікування в межах ліміту 50 000 грн. на один страховий випадок по Програмі Еліт та 5 000 грн. на один страховий випадок по Програмі Стандарт;**

10.1.2. по виїзду бригади швидкої медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа та/або по транспортуванню Застрахованої особи каретою швидкої допомоги у лікарню або до лікаря, що знаходяться поблизу;

10.1.3. по амбулаторному лікуванню, включаючи витрати на лікарські послуги, діагностичні дослідження, перев'язочні засоби та засоби фіксації (гіпс, биндаж тощо), **необхідні для лікування в межах ліміту 25 000 грн на один страховий випадок по Програмі Еліт та 1 500 грн. на один страховий випадок по Програмі Стандарт;**

10.1.4. по невідкладному стоматологічному лікуванню, включаючи зняття гострого зубного болю та встановлення тимчасової пломби в межах 500 грн. за кожним та всіма страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору.

11. Страховий платіж та строк його сплати

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

11.2. Страховий платіж сплачується одноразово у повному обсязі.

11.3. Днем сплати страхового платежу вважається день його надходження на поточний рахунок повіреного Страховика або Страховика

12. Строк дії Договору

12.1. Строк дії Договору визначений у п. 6 цього Договору.

12.2. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, визначеного п. 6 Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика страхового платежу згідно з умовами Договору. Договір припиняє дію о 24 годині 00 хвилин дня, зазначеного в п. 6 Договору як день закінчення його дії.

13. Порядок змін і припинення дії Договору страхування

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

13.1.1. закінчення строку дії Договору

13.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

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

13.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

13.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Договір страхування може бути достроково припинений за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору сторони зобов'язані письмово повідомити одна одну не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору.

13.3. Норматив витрат на ведення справи за цим Договором складає 65% від страхового платежу.

14. Умови здійснення страхової виплати

14.1. При настанні страхового випадку, вказаного у п. 9.1.1, Страховик в межах страхової

General Conditions of Voluntary Medical Insurance policy for Foreign Persons Temporarily Staying in Ukraine

7. Preamble

7.1. This Agreement of Voluntary Medical Insurance for Foreign Persons Temporarily Staying in Ukraine (hereinafter – the Agreement, or, the Insurance Agreement) has been concluded in accordance with the Rules of Voluntary Medical Insurance (continuous health insurance) registered by the State Committee for Management of Finance Services Markets of Ukraine, 07.05.2009, under No. 0390315 (hereinafter – the Rules).

8. Subject of Insurance Agreement

8.1. The subject of the Insurance Agreement includes legally accepted property interests that relate to life, health and labor ability of the Insured Person (a Foreign Person) during their stay in Ukraine.

9. List of Insurance Events

9.1. The list of insurance events includes the following cases:

9.1.1. Applications from an Insured Person to a medical establishment, after preliminary coordination with the Assistance Company (hereinafter – the Assistance), or with the Insurer, relating to sudden illness, aggravation of chronic disease, trauma, poisoning, or other impairment of health of the Insured Person requiring administration of emergency medical care.

9.2. Events envisaged in Sub-clause 9.1 are deemed to be insurance events if such events result from sudden illness, trauma, or poisoning of the Insured Person during its stay in Ukraine; occur within the period of effect of the Insurance Agreement; and, lead to property expenses of the Insurant (Insured Person).

A sudden illness is an unexpected deterioration of health of the Insured Person requiring emergency medical treatment.

Specialized persons are third-party medical establishments, hospitals, and pharmacies providing services to the Insurant (Insured Person) and are entitled for the activity in question.

Emergency medical care is a type of medical care that is administered to persons in emergency condition. Foreigners are persons possessing the citizenship of a foreign country (countries), and having no citizenship of Ukraine; and/or, persons possessing no citizenship of any country.

10. Expenses to be reimbursed by Insurer

10.1. In case of an insurance event, the Insurer shall reimburse to the Insured Person, and within the Insurance Amount stipulated in the Agreement, for the following:

10.1.1. Expenses for hospital treatment, as including: placement in hospital; performance of operations and diagnostics; and, payment for medications, surgical dressing and fixing materials (gypsum, bandage, etc.) necessary for treatment within the limit of 50 000 UAH. For one insurance case under the Elite Program and 5,000 UAH. For one insurance case under Standard Program;

10.1.2. Expenses for calling an emergency ambulance team to the location of an Insured Person; and/or, for transportation of that Person in an ambulance car to the nearest hospital or doctor located in the immediate vicinity;

10.1.3. Expenses for out-patient treatment, including the cost of medical services, diagnostics, surgical dressing and fixing materials (gypsum, bandage, etc.) necessary for treatment within the limit of 25 000 UAH. For one insurance case under the Elite Program and 1 500 UAH. For one insurance case under Standard Program;

10.1.4. First dental aid, including control over twinge of toothache and temporary filling – in the limits of 500 UAH for each and every event.

11. Insurance Payment; term of payment

11.1. An Insurance Payment is a payment for insurance that the Insurant is bound to provide to the Insurer according to the terms and conditions of an Insurance Agreement.

11.2. An Insurance Payment is to be paid once and in full scope.

11.3. The day of insurance payment is the date of receipt of the insurance payment on the account of the Insurer or, attorney of the Insurer.

12. Period of validity of Agreement

12.1. The period of validity of this Agreement is defined in Clauses 6.

12.2. The Agreement enters into force at 00 hours 00 minutes of the day defined in Clause 6 hereunder, but no earlier than 00 hours 00 minutes of the day following the day of receipt of the Insurance Payment at the current account of the Insurer, as defined in the conditions of this Agreement. The Agreement expires at 24 hours 00 minutes of the day defined as the expiry date in Clause 6 hereunder.

13. Introduction of changes/amendments to, and, termination of, Insurance Agreement

13.1. This Agreement shall be terminated, and become inoperative, by consent of the Parties; as well as, in the cases of:

13.1.1. Expiry of the period of validity of the Agreement;

13.1.2. Full-scale performance of the Insurer's liabilities to the Insurant;

13.1.3. Liquidation of the Insurant (acting as legal entity); or, death of the Insurant (acting as physical person), or, the latter's disablement, to the exclusion of the cases stipulated in Articles 22, 23 and 24 of the Law of Ukraine "On Insurance";

13.1.4. Liquidation of the Insurer according to the procedure stipulated in the Ukrainian law;

13.1.5. Adoption of a judicial decision on invalidation of the Agreement;

13.1.6. Other cases stipulated in the current Ukrainian law.

13.2. This Insurance Agreement may be terminated on request of the Insurant or the Insurer. The Party intending to terminate the Agreement shall notify this intent to the other Party in writing and no later than 30 days before the intended date of termination.

13.3. The standard of expenses for conducting a case under this Agreement shall constitute 40% of the Insurance Payment.

14. Conditions for performance of Insurance Payment

14.1. In case of the Insurance Event detailed in Sub-clause 9.1.1, the Insurer shall pay out the

суми здійснює страхову виплату у розмірі та ліміті витрат, зазначених у п. 10. цього Договору:

- 14.1.1. спеціалізованій особі через Асистанс;
- 14.1.2. безпосередньо спеціалізованій особі, що надала Застрахованій особі послуги.
- 14.1.3. Застрахованій особі (Страховальнику), що самостійно оплатила надані послуги.
- 14.2. Страховик здійснює страхову виплату тільки в межах страхової суми і лімітів зобов'язань Страховика.
- 14.3. Рішення щодо здійснення страхової виплати приймається Страховиком на підставі копії Договору та оригіналів наступних документів:
 - документу медичного закладу з медичним висновком лікаря, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу, із зазначенням прізвища та імені Застрахованої особи, діагнозу, призначення та строків лікування;
 - рахунку медичного закладу та/або квитанції, що підтверджує факт оплати рахунку;
 - рецептів на придбання ліків;
 - чеків на придбання призначених лікарем ліків;
 - документів, що дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати;
 - інших необхідних документів, пов'язаних зі страховим випадком, які мають істотне значення для його підтвердження – за письмовою вимогою Страховика;
- 14.4. Застрахована особа (Страховальник), що самостійно оплатила надані послуги, зобов'язаний надати Страховику протягом 15 календарних днів з моменту настання події, що може бути визнана страховим випадком: заяву про страхову виплату та документи згідно з п. 14.3. цього Договору.
- 14.5. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком шляхом складання страхового акту протягом 10 календарних днів від дати отримання останнього з необхідних документів.
- 14.6. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (Страховальнику) в національній валюті України.

15. Причини відмови у страховій виплаті

- 15.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:
 - 15.1.1. Навмисні дії Страховальника, Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страховальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
 - 15.1.2. вчинення Страховальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - 15.1.3. подання Страховальником або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет договору або про факт настання страхового випадку;
 - 15.1.4. несвочасне повідомлення Страховальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.
 - 15.2. Крім того, у будь-якому випадку не підлягає оплаті:
 - 15.2.1. Витрати на медичну допомогу, яка не є невідкладною медичною допомогою, та у разі, якщо Застрахована особа не перебувала у невідкладному стані згідно з висновком лікаря або Асистансу.
 - 15.2.2. Витрати на повторні звернення до лікаря або до медичного закладу, в межах одного захворювання та /або травми, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки та/або надання невідкладного хірургічного втручання.
 - 15.2.3. Витрати на придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, 2м.зрішньо маткових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкції в тому числі для остео-синтезу, фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери.
 - 15.2.4. Витрати на медикаменти при амбулаторному лікуванні.
 - 15.2.5. Витрати на лікування дерматитів, кропивниць та еритем, крім випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю.
 - 15.2.6. Витрати, щодо захворювання туберкульозом, крім випадків ліквідації гострої смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи.
 - 15.2.7. Витрати, пов'язані з нормальною або патологічною вагітністю, пологами, окрім випадків, коли медична допомога необхідна в зв'язку з загрозою для життя Застрахованої особи.
 - 15.2.8. Витрати на медичну допомогу та всі види діагностики, отримані у приватних медичних закладах та (або) у приватно практикуючих лікарів, якщо інше не було окремо погоджено Страховиком (Асистансом).
 - 15.2.9. Витрати на медичну допомогу та всі види діагностики та лікування, пов'язані з хронічними захворюваннями в стадії ремісії.
 - 15.3. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо Страховальник (Застрахована особа):
 - 15.3.1. Не повідомив Страховика або Асистанс про настання події, що має ознаки страхового випадку, протягом 24 годин з моменту його настання без поважних на це причин.
 - 15.3.2. Не погодив зі Страховиком або Асистансом всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.
 - 15.3.3. Не виконував розпорядження та/чи рекомендації Страховика або сервісної служби щодо дій у разі страхового випадку.
 - 15.3.4. Не виконав будь-яке із зобов'язань, передбачених пп. 20.2, 20.3 цього Договору.
 - 15.3.5. Застрахована особа одержала тілесні ушкодження, перебуваючи у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння.
 - 15.4. Страховик не відшкодує вартість медичних послуг, пов'язаних з випадками, зазначеними в Розділі 5 Правил.
 - 15.5. Страховик звільняється від страхової виплати в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
 - 15.6. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком в 10-ти денний строк з моменту отримання необхідних документів на підставі цього Договору
- страхування та повідомляється Страховальнику у письмовій формі з обгрунтуванням причин відмови протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

16. Права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або ненадлежащее виконання умов договору

Insurance Payment, based on the Insurance Amount and according to the scope of expenses indicated in Clause 10 hereunder, to:

- 14.1.1. A Specialized Person via the Assistance;
 - 14.1.2. (Directly to) a Specialized Person that rendered services to the Insured Person.
 - 14.1.3. An Insured Person (Insurant) that paid for the services in question.
 - 14.2. The Insurer shall only make an Insurance Payment based on the scope of the Insurance Amount.
 - 14.3. A decision for performance of an Insurance Payment shall be adopted by the Insurer based on the copy of the Agreement, and, the originals of the following documents:
 - A document containing the doctor's opinion issued by the medical establishment that rendered medical care to the Insurant, with due indication of the full name of Insurant, diagnosis, prescription and terms of treatment;
 - An invoice of the medical establishment; or, other receipt proving the fact of payment;
 - Prescriptions for medications;
 - Bills for procurement of prescribed medications;
 - Documents providing for identification of the recipient of the Insurance Payment;
 - Other necessary documents that relate to the Insurance Event, and, are material for its confirmation – under written request from the Insurer;
 - 14.4. The Insured Person (Insurant) that used its own funds to pay for the services shall provide to the Insurer, and within 15 calendar days from the occurrence of an event that may be deemed as an Insurance Event, -an application for Insurance Payment, and, -the documents detailed in Sub-clause 18.3 hereunder.
 - 14.5. A decision for performance of the Insurance Payment shall be adopted by the Insurer by way of compiling an Insurance Act within 10 calendar days from the receipt of the last of the necessary document.
 - 14.6. The Insurance Payment shall be paid to the Insured Person (Insurant) in the units of the national currency of Ukraine.
- ### 15. Causes for refusal of the Insurance Payment
- 15.1. The list of causes that the Insurer may use as basis to refuse an Insurance Payment includes:
 - 15.1.1. Intentional acts of the Insurant (Insured Person) aiming to invoke an Insurance Event. The above norm does not encompass the acts relating to observance of the civil or functional duties, in the condition of necessary defense (without exceeding its limits) or protection of property, life, health, honor, dignity, and goodwill. The acts of the Insurant or Insured Person shall be qualified according to the current law of Ukraine;
 - 15.1.2. Committing of an intentional crime on the part of the Insurant or Insured Person, so as to invoke an Insurance Event;
 - 15.1.3. Insurant's (Insured Person's) submission of consciously incorrect information relating to the subject of Agreement, or, to the fact of occurrence of the Insurance Event;
 - 15.1.4. Insurant's (Insured Person's) delay in notification of the occurrence of an Insurance Event, when such delay is not based on reasonable excuses, or, hinders the Insurer in determining the circumstances, nature and scope of losses;
 - 15.2. Additionally to the above, reimbursement shall be denied on expenses:
 - 15.2.1. Costs for medical care that is not of emergency nature; as well as, if the Insurant (Insured Person) was not in emergency condition as proved by the opinion of the doctor or the Assistance.
 - 15.2.2. Costs for repeated visits to a doctor or to the hospital within one disease and/ or injury, except cases of acute lethal hazards elimination and/ or the provision of emergency surgery.
 - 15.2.3. Costs for purchase of prostheses and devices of different nature and purpose, implants, pacemakers, pacemakers, stents, intrauterine devices (including hormones such as Mirena), corsets, crutches, wheel-carriages, Chance collar, bandage, metal constructions, including for osteosynthesis, clamps implanted for arthroscopic operations, nebulizers.
 - 15.2.4. Costs for indoor treatment medicine.
 - 15.2.5. Costs for dermatitis, urticaria and erythrocyte treatment, except cases when the state of the Insured threatens their life.
 - 15.2.6. Costs for tuberculosis, except cases of elimination of acute lethal danger to the insured person's life.
 - 15.2.7. Expenses connected with physiological pregnancy or high-risk pregnancy, labour, except cases of elimination of acute lethal danger to the Insured person's life.
 - 15.2.8. The insurer does not reimburse the cost of medical care and all kinds of diagnostics, received in private health institutions and in private and practicing doctors, except a separate agreement with the Insurer or Assistance.
 - 15.2.9. Costs of medical care and all types of diagnosis and treatment associated with chronic diseases in the remission stage.
 - 15.3. The Insurer shall not provide the Insurance Payment if the Insurant (Insured Person):
 - 15.3.1. Fails to notify the Insurer or the Assistance of the occurrence of an event likely to be qualified as an Insurance Event, within 24 hours from such occurrence, and when failure to notify is not based on reasonable causes.
 - 15.3.2. Fails to coordinate with the Insurer or the Assistance all actions relating to treatment and receipt of other services that are provided in case of occurrence of an event likely to be qualified as an Insurance Event.
 - 15.3.3. Fails to observe the instructions and/or recommendations of the Insurer, or those of a service agency, relating to actions to be performed in case of an Insurance Event.
 - 15.3.4. Fails to observe any of the obligations detailed in Sub-clauses 20.2 and 20.3 hereunder.
 - 15.3.5. Receives bodily injury when in the state of alcoholic, toxic or drug intoxication.
 - 15.4. The Insurer shall not provide reimbursement for the cost of medical services relating to the cases detailed in Paragraph 5 of the Rules.
 - 15.5. The Insurer shall be relieved from the liability to provide an Insurance Payment in all other cases envisaged in the current law of Ukraine.
 - 15.6. The Insurer shall adopt a decision to refuse an Insurance Payment within 10 days from receipt of the necessary documents relating to this Insurance Agreement, and, notify this decision to the Insurant in writing, with detailed explanation of the causes for refusal, within 3 (three) workdays from the moment of adoption of the decision in question.

16. Rights and responsibilities of Parties; liability for non-fulfillment, or undue fulfillment, of Agreement

16.1. The Insurer hereby undertakes to:

16.1. Страховик зобов'язаний:

16.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами цього Договору та Правилами.

16.1.2. Протягом 2 робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

При відмові у страховій виплаті повідомити про це Страхувальника протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

16.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

16.1.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

16.2. Страхувальник зобов'язаний:

16.2.1. Сплатити страховий платіж одноразово, не пізніше дати, зазначеної в Договорі.

16.2.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

16.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета Договору страхування.

16.2.4. Якщо Договір укладається про страхування Застрахованої особи, яка не є Страхувальником, Страхувальник зобов'язаний ознайомити її з умовами Договору. Якщо Застраховану особу не зазначено в Договорі страхування, Застрахованою особою є Страхувальник.

16.2.5. Нессти інші обов'язки, передбачені Законом України «Про страхування», Правилами.

16.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

16.3.1. Нессти обов'язки згідно з Правилами та умовами Договору страхування.

16.3.2. Протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку повідомити Страховика або сервісну службу про настання страхового випадку.

16.3.3. Звернутися у будь-який час доби за телефонами до Асистансу, а саме:

Асистанського центру «Ел.Ай.Сі. Асистанс»:

+38 (044) 238-69-70; 0 800 500 108 (безкоштовно) цілодобово)

•повідомити повністю прізвище та Зм.я Страхувальника (Застрахованої особи), як вказано в паспорті, номер та строк дії цього Договору;

•вказати місце, де знаходиться Страхувальник (Застрахована особа), та номер телефону;

•надати, по можливості, докладний опис проблеми, що виникла, та вид потрібної допомоги.

16.3.4. Надати Страховику повноваження за його першою вимогою одержувати будь-яку необхідну інформацію від третіх осіб, що за умовами цього страхування мають бути звільнені від зобов'язань щодо нерозголошення комерційної, лікарської таємниці стосовно Страхувальника (Застрахованої особи).

16.3.5. Надати на вимогу Страховика будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати.

16.4. Страховик має право:

16.4.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію щодо предмету Договору страхування та страхового випадку.

16.4.2. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

16.4.3. Надсилати запити у відповідні установи та отримувати документи, необхідні для з'ясування причин, обставин, наслідків події, що має ознаки страхового випадку та акта прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмови у здійсненні страхової виплати.

16.4.4. Відмовити у страховій виплаті в разі невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого з зобов'язань, викладених у пп.20.2, 20.3 цього Договору страхування.

16.4.5. Виступати від імені Страхувальника (Застрахованої особи) за його дорученням у судових органах або перед заявниками претензій.

16.4.6. Протягом встановленого згідно з законодавством України строку позовної давності, вимагати повернення страхової виплати, якщо на це будуть підстави, передбачені законодавством України чи Договором страхування.

16.5. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

16.5.1. Ознайомитися з Правилами та умовами страхування.

16.5.2. На отримання послуг, передбачених цим Договором.

16.6. Відповідальність Сторін:

16.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,001% від суми простроченої страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше ніж подвійна облікова ставка НБУ, що діяла в період, за який нарахована пеня, і не більше як 10 % від суми належної страхової виплати.

16.6.2. Страхувальник (Застрахована особа) несе відповідальність за достовірність наданої інформації в разі страхового випадку щодо стану здоров'я Застрахованої особи.

16.6.3. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) недостовірної інформації є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

17. Порядок вирішення спорів

17.1. Суперечки за Договором між Страховиком і Страхувальником вирішуються шляхом переговорів.

17.2. Якщо переговори щодо суперечливих питань не дають результату, вирішення суперечок здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України за місцем знаходження Страховика.

18. Особливі умови

18.1. Цей Договір складений українською та англійською мовами. При виникненні розбіжностей у тлумаченні окремих положень цього Договору пріоритетним є текст Договору українською мовою.

16.1.1. Notify to the Insurant all the conditions of this Agreement and the Rules.

16.1.2. Within a period of 2 workdays of the occurrence of an Insurance Event, perform all actions to execute the necessary documents for timely provision of an Insurance Payment

In case of refusal on an Insurance Payment, notify this refusal to the Insurant within 3 (three) workdays from the moment of adoption of the decision to refuse.

16.1.3. In case of an Insurance Event, provide the Insurance Payment within 15 (fifteen) workdays from the moment of adoption of the decision to provide such payment.

16.1.4. Keep as confidential any and all information on the Insurant (Insured Person) and its property status, except for the cases envisaged in law.

16.2. The Insurant hereby undertakes to:

16.2.1. Provide a singular Insurance Payment by no later than the date indicated hereunder.

16.2.2. When concluding an Insurance Agreement, notify to the Insurer any and all necessary circumstances material for assessment of the Insurance Risk.

16.2.3. Notify the Insurer of any other valid insurance agreements relating to the subject of this Insurance Agreement.

16.2.4. If an Insurance Agreement is concluded for insurance of an insured person that is not an Insurant, the Insurant shall notify the conditions of this Agreement to such insured person. If the Insurance Agreement contains no indication of the Insured Person, the Insurant acts as such Insured Person.

16.2.5. Fulfill any and all other obligations stipulated in the Law of Ukraine "On Insurance", and, in the Rules.

16.3. The Insurant (Insured Person) hereby undertakes to:

16.3.1. Fulfill all responsibilities as stipulated in the Rules and in the conditions of the Insurance Agreement.

16.3.2. Within 24 hours of the occurrence of an Insurance Event, notify the Insurer or the Service Agency, of the occurrence of such Insurance Event.

16.3.3. Apply to the Assistance at any time and using the telephone numbers detailed below:

Assistance Centre "AIC Assistance":

+38(044) 238-69-70; 0 800 500 108 (free and 24-h)

•Notify the full name of the Insurant (Insured Person) as indicated in the passport, as well as the number and period of validity of this Agreement;

•Notify the place of location of the Insurant (Insured Person), and the telephone number;

•Provide, as far as possible, the most detailed description of a problem, and the type of assistance actually required.

16.3.4. Provide the Insurer with the power to obtain, upon the latter's first demand, any information from third parties, which, according to the terms and conditions of this Insurance Agreement, shall be relieved from the obligation to keep the confidentiality of the commercial and medical secrets relating to the Insurant (Insured Person).

16.3.5. Provide the Insurer, upon the latter's request, with any information necessary to verify the fact of occurrence of an Insurance Event, and, to define the amount of an Insurance Payment.

16.4. The Insurer is entitled to:

16.4.1. Check the information relating to the subject of the Insurance Agreement, and, the Insurance Event, as provided by the Insurant (Insured Person).

16.4.2. Verify or clarify the causes and circumstances of Insurance Events.

16.4.3. Forward requests to competent authorities and receive documents necessary to -verify the causes, circumstances, and consequences of events likely to be qualified as Insurance Events; and, -adopt acts on provision of Insurance Payments, or, on refusal of such Payments.

16.4.4. Refuse an Insurance Payment in case of the Insurant's (Insured Person's) non-fulfillment of any of the obligations detailed in Sub-clauses 20.2 and 20.3 of this Insurance Agreement.

16.4.5. Act on behalf of, and in the name of, the Insurant (Insured Person) in judicial authorities, and/or, in front of claimants.

16.4.6. Within the period of limitation stipulated in the Ukrainian law, demand a return of the Insurance Payment if such return is substantiated according to the provisions of the law of Ukraine, or, those of the Insurance Agreement.

16.5. The Insurant (Insured Person) is entitled to:

16.5.1. Familiarize with the Rules and Conditions of Insurance.

16.5.2. Receive the services defined in this Agreement.

16.6. Responsibilities of the Parties:

16.6.1. The Insurer is materially liable for untimely provision of the Insurance Payment; this liability shall be fulfilled by payment to the Insurant of a 0.001% fine of the amount of the overdue Insurance Payment, per each day of delay; however, the amount of fine shall not exceed -the double rate of the National Bank of Ukraine as effective during the period of accrual of the fine, nor, -10% of the amount of the overdue Insurance Payment.

16.6.2. The Insurant (Insured Person) is materially liable for reliability of information it presents in cases of Insurance Events relating to the state of health of the Insured Person.

16.6.3. The Insurant's (Insured Person's) presentation of unreliable or untrustworthy information is a ground for refusal of the Insurance Payment.

17. Settlement of disputes

17.1. Any and all disputes that may arise between the Insurer and the Insurant relating to this Agreement shall be settled by way of negotiation.

17.2. If a negotiation on any of such disputes appears to be fruitless, that dispute shall be finally settled according to the procedure established in the current law of Ukraine and according to the place of location of the Insurer.

18. Special conditions

18.1. This Agreement has been executed in the Ukrainian and English languages. In case of any discrepancy between the two versions in interpretation of separate provisions of this Agreement, the Ukrainian version of the text shall prevail.