

Договір добровільного медичного страхування здоров'я на випадок хвороби		Серія / SERIES COVID	Номер / №
Місце укладання	ОНЛАЙН	Дата укладання Договору	

ЧАСТИНА 1. УМОВИ СТРАХУВАННЯ (ОСНОВНА ЧАСТИНА)

1. Страховик / Insurer: **АТ «ПРОСТО–страхування»**
Адреса: Україна, 04050, м. Київ, вул. Герцена, 10, тел: (044) 206 28 85, факс: (044) 206 28 84, e-mail: office@pro100.ua IBAN UA98380805000000000265082212 в АТ «Райффайзен Банк Аваль», ЄДРПОУ 24745673.

2. Страховальник / Insured

Прізвище, ім'я / Surname, First name

Дата народження / Date of birth

Країна постійного проживання / Country of permanent residence

Паспорт Страховальника / Passport of the Insured

Застрахованою особою за цим Договором є: **Страховальник / Insured person hereunder is: Policyholder** Так / yes Ні / no ВИГОДОНАБУВАЧ: Застрахована особа

2.1. Застрахована особа / Insured Person

Прізвище, ім'я / Surname, First name

Дата народження / Date of birth

Країна постійного проживання / Country of permanent residence

Паспорт Страховальника / Passport of the Insured

2.2. Кількість Застрахованих осіб

згідно з Переліком Застрахованих осіб, що є Додатком 1 до цього Договору

Страховик та Страховальник, кожен з яких окремо іменується Сторона, разом – Сторони, керуючись Законами України «Про страхування», на підставі Ліцензії, виданої згідно з Рішенням Національної комісії, що здійснює державне регулювання в сфері ринків фінансових послуг України, підставі Правил № 1041 «Добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби» та усної заяви Страховальника, уклали цей Договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, який складається з Частини 1 та Частини 2, які не використовуються одна без іншої (далі за текстом – Договір, Договір страхування), про нижченаведене:

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом цього Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страховальника (якщо він є фізичною особою) чи Застрахованих осіб, визначених Страховальником у цьому Договорі за згодою таких Застрахованих осіб (далі за текстом – ЗО).

3.2. Застраховані особи – фізичні особи громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які на день укладення цього Договору перебувають на території України на законних підставах.

3.3. За цим Договором Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату на умовах і в обсязі, визначених цим Договором, а Страховальник зобов'язується вчасно і в повному обсязі сплатити страховий платіж і виконувати інші умови цього Договору.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності і випадковості настання, а саме – інфікування вірусом COVID 19 (коронавірус), що підтверджено лабораторними дослідженнями. Датою настання зазначеної події (страхового ризику) вважається дата встановлення ЗО діагнозу щодо інфікування зазначеним вірусом на підставі лабораторних досліджень.

4.2. Страховим випадком є подія, передбачена цим Договором, яка відбулася із ЗО, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату ЗО або Вигодонабувачу, у випадку наступних наслідків події:

4.2.1. Розладу здоров'я ЗО (крім наслідків, згідно з п. 4.2.2. цього Договору) внаслідок події (страхового ризику), зазначеної у п. 4.1. цього Договору, що потребує надання екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування;

4.2.2. Смерті ЗО від захворювання, яка безпосередньо пов'язана з настанням події (страхового ризику), зазначеної у п. 4.1. цього Договору, якщо смерть настала протягом 30 (тридцяти) днів з моменту настання зазначеної події.

4.2.3. Випадки, передбачені цим Договором, визнаються страховими, якщо вони сталися внаслідок події – лабораторно підтвердженого інфікування вірусом COVID 19 (коронавірус), що мало місце та вперше виявлене (вперше встановлено діагноз захворювання) під час строку дії та у місці дії цього Договору та підтвержене документами компетентних органів (медичних установ, тощо), з урахуванням умов п. 6.1. цього Договору. До моменту прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати та оформлення страхового акту, випадок, що стався у рамках цього Договору, називається «подія, що має ознаки страхового випадку».

5. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ТАРИФИ

5.1. Цей Договір вважається укладеним на умовах одного із нижчезазначених Варіантів щодо розміру страхових сум (лімітів відшкодування):

5.1.1. Варіанти:	Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3	Варіант 4
5.2. Страхова сума на одну ЗО, грн:	20 000,00	40 000,00	60 000,00	100 000,00
5.2.1. Ліміт відповідальності при настанні розладу здоров'я однієї ЗО (за п. 4.2.1. Договору), грн:	5 000,00	10 000,00	20 000,00	30 000,00
5.2.2. Ліміт відповідальності при настанні смерті однієї ЗО (за п. 4.2.2. Договору), грн:	15 000,00	30 000,00	40 000,00	70 000,00

Застрахований варіант зазначити «ТАК», не застрахований варіант зазначити «НІ»:

5.2.3. Корегувальний коефіцієнт	ТАК / Ні	У разі якщо так, зазначити цифрами
---------------------------------	----------	------------------------------------

5.3. БАЗОВИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ, % складає 1,0 % від страхової суми

5.4. ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА за Договором, грн: *цифрами, прописом*

5.5. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ за Договором, на одну застраховану особу, грн: *цифрами, прописом*

5.5.1. ЗАГАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ за Договором, грн: *цифрами, прописом*

У разі складення Переліку ЗО за цим Договором (Додаток 1 до цього Договору), розмір страхового платежу щодо відповідної особи зазначається у такому Переліку ЗО.

6. СТРОК та ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

6.1. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ	з 00 год. 00 хв.	20 р.	по 24 год. 00 хв.	20 р.
-------------------------	------------------	-------	-------------------	-------

Цей Договір набирає чинності але не раніше, наступного за днем надходження страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика. Максимальний строк дії Договору 6 місяців. У разі страхування іноземця або особи без громадянства, які на день укладення цього Договору перебувають на території України на законних підставах, строк дії Договору повинен відповідати строку перебування в Україні, у разі перетину кордону України дія Договору призупиняється та Договір страхування втрачає чинність.

6.2. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ: Україна. Дія Договору не поширюється на територію АР Крим та тимчасово окуповані території у Донецькій і Луганській областях, на яких згідно з чинним законодавством України органи державної влади України не здійснюють свої повноваження та контроль на дату настання страхового випадку, а також на території всякого роду військових дій, військових заходів або збройних конфліктів та/або зони, які знаходяться під санкцією України, ООН, ЄС, США, Швейцарії.

6.3. Порядок сплати страхового платежу

Одноразово в повному обсязі страхового платежу зазначеному у п. 5.5.1., на поточний рахунок Страховика в строк зазначений в п. 6.1. цього Договору.

При несплаті загального страхового платежу та у встановлений строк для його сплати, Договір не набирає чинності та Страховик не несе відповідальності щодо здійснення страхової виплати за цим Договором.

6.4. Особливі умови за цим Договором

6.4.1. Для іноземців та осіб без громадянства: у разі, якщо особи з моменту в'їзду на територію України, відповідно до вимог Постанови КМУ від 12.06.20 р. № 480, не перебували на обсервації, або дали згоду на самоізоляцію – наслідки подій зазначених у п. 4.2. вважаються страховими, якщо вони настали з 16 (шістнадцятого) календарного дня, що слідує за днем сплати страхового платежу за Договором (часова франшиза 15 календарних днів).

6.4.1.1. Для осіб, які перебувають на обсервації, відповідно до Постанов КМУ: № 893 від 22 серпня 2011 року та № 392 від 20 травня 2020 року, наслідки подій зазначених у п. 4.2. вважаються страховими, якщо вони настали в період чинності, з урахуванням п. 6.1., цього Договору. У разі недотримання термінів та умов обсервації – подія визнається страховою з урахуванням умов п. 6.4.1.

6.4.2. Для громадян України: за цим Договором наслідки подій зазначених у п. 4.2. вважаються страховими, якщо вони настали з 16 (шістнадцятого) календарного дня, що слідує за днем сплати страхового платежу за Договором (часова франшиза 15 календарних днів).

Невід'ємною частиною цього Договору є Додаток 1 – Перелік Застрахованих осіб (у разі наявності).

7. ПІДПИСИ ТА РЕКВІЗИТИ СТОРІН

7.1. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010 року, Страховальник та Застраховані особи надають безвідкличну згоду щодо обробки їх персональних даних АТ «ПРОСТО-страхування» з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності та ведення внутрішніх баз даних Страховика, а також відмовляються від письмового повідомлення щодо включення інформації про них до бази персональних даних. Страховальник та Застраховані особи засвідчують, що ознайомлені зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010 року. Підписанням даного Договору Страховальник підтверджує, що він не є по відношенню до Страховика клієнтом з високим ступенем ризику, в тому числі публічним діячем, у розумінні норм законодавства, які регулюють праводносини у сфері здійснення фінансового моніторингу, а також підтверджує, що дані зазначені в даному Договорі, які стосуються його особи, є достовірними. Всі Додатки до цього Договору є його невід'ємною частиною.

3 Правила та умови страхування ознайомлений та згоден I am familiarized and agree with the Rules and Terms and Conditions of insurance	Представник Страховика (Код) Representative of Insurer (Code)	4330197
Підпис Страховальника Signature of Insured / _____ /	Підпис Страховика Signature of Insurer / _____ /	

ЧАСТИНА 2. УМОВИ СТРАХУВАННЯ (ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА)

8. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

8.1. Цим Договором не можуть бути застраховані:

8.1.1. Особи, визані у встановленому порядку недієздатними; інваліди І групи (або діти-інваліди до досягнення 18-ти років), непрацюючі інваліди ІІ групи;

8.1.2. Особи, які страждають тяжкими нервовими захворюваннями.

8.1.3. Особи, які знаходяться на обліку у наркологічному та психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, крім на СНІД.

8.1.4. Діти віком до 1-го року та особи, яким на час укладання цього Договору виповнилося 65 років, якщо інші не зазначено в п. 6.4. «Особливі умови»;

8.2. Дія цього Договору не розповсюджується та не визнається страховими випадками подій, які:

8.2.1. Не обумовлені, як страховий випадок в цьому Договорі; обумовлені люди причин та обставин, що виникли до початку дії цього Договору.

8.2.2. Відбулися до початку чи після закінчення дії цього Договору або поза визначеним у цьому Договорі місцем дії Договору.

8.2.3. Сталися із 30 в місцях позбавлення волі, під час відбування покарання.

8.2.4. Не визнаються страховими випадками події, що сталися внаслідок ІІ за наявності:

8.3.1. Ядерного інциденту, ядерного вибуху, впливу радіації, радіоактивного зараження або забруднення, іонізуючого випромінювання.

8.3.2. Терористичних актів; політичних актів, розпоряджень органів влади, введення надзвичайного стану, громадських заворушень, заворушень або страйків; конфіскації, репресій, арештів, арешту, арешту дії державних органів, органів місцевого самоврядування, а також посягань осіб цих органів; війни; безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, виробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника.

8.3.3. Свідоме знаходження в місцях, відомих як такі, що небезпечні для життя, якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя.

8.3.4. Самогубства 30, спроби самогубства незалежно від психічного стану 30, крім випадків, коли вона була доведена до такого стану програваними діями третіх осіб. При цьому вказані дії 30 визнаються такими тільки якщо на підставі рішення суду, постанови прокуратури чи документів інших відповідних компетентних органів, що доводять винилене.

8.4. Не відносяться до страхових випадків та не підпадають під дію цього Договору:

8.4.1. Загострення хронічного захворювання, професійне захворювання, раптове захворювання, інфекційні захворювання, крім тих, що виникли внаслідок настання події, зазначеної у п. 4.1 цього Договору.

8.4.2. Неврологічні чи психічні захворювання, незалежно від їх класифікації, психічні виділення, депресійний стан або розлади мови нервової діяльності; проходження експериментальних, дослідних та діагностичних процедур.

8.4.3. Будь-які тілесні ушкодження, за винятком суцільного вірусного зараження внаслідок події, що зазначена в п. 4.1 цього Договору.

8.4.4. Інфаркти або інсульт; хірургічні операції, лікування або діагностика 30.

8.4.5. Тілесні або інші ушкодження здоров'я при самокінуванні або при лікуванні особою, що не має медичної освіти та/або відповідного дозволу на здійснення лікувальної діяльності згідно з законодавством.

8.4.6. Неприятні наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з т. ч. з лікуванням, що здійснюється з приводу страхового випадку, який стався під час дії цього Договору.

8.5. Не є страховим випадком смерть 30: природна за віком; від нещасних випадків; від захворювань крім зазначеної у п. 4.1 цього Договору; якщо настала після закінчення дії цього Договору; внаслідок події (страхового ризику), зазначеної у п. 4.1 цього Договору; якщо така розлад здоров'я 30; не потребує надання екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування, та лікування такого розладу здоров'я 30 здійснюється не в умовах стаціонару; Страховику не надані документи медичного закладу (довідка або виписка з медичної картки стаціонарного хворого) щодо цілодобового стаціонарного лікування з приводу такого розладу здоров'я 30.

8.6. За Договором страхування не відшкодовують неплаті збитки Страховальника, викликані курсовою різницею, відсотками за несвочасні платежі, неустойки (штрафи, пені), моральна шкода, витрати на оплату послуг адвокатів, інші неплаті витрати.

8.7. Страховик не здійснює будь-яких страхових виплат за цим Договором, якщо подія (страховий ризик), зазначена у п. 4.1 цього Договору, настала протягом перших 15 (п'ятнадцяти) днів, що слідують за днем сплати страхового платежу за цим Договором (тобто раніше дата початку відповідальності Страховика за цим Договором згідно з п. 6.1. Договору).

8.8. Страховик не здійснює будь-яких виплат за розладом здоров'я 30 внаслідок події (страхового ризику), зазначеної у п. 4.1 цього Договору, якщо такий розлад здоров'я 30; не потребує надання екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування, та лікування такого розладу здоров'я 30 здійснюється не в умовах стаціонару; Страховику не надані документи медичного закладу (довідка або виписка з медичної картки стаціонарного хворого) щодо цілодобового стаціонарного лікування з приводу такого розладу здоров'я 30.

9. ДІЯ СТРАХУВАННЯ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Після настання кожної події, що має ознаки страхового випадку, Страховальник (30) або, якщо він (вона) за станом здоров'я не може здійснити подорож до місця події, Страховальник (30) зобов'язаний надіслати наступні дії:

9.1.1. Безпосередньо із місця події, але не пізніше 24-х годин з моменту настання події, звернутися до медичного закладу за медико-санітарною допомогою.

9.1.2. Протягом 1 (одного) робочого дня з дня настання події у будь-який спосіб повідомити про неї Страховика, та протягом 3 (трьох) робочих днів з дня настання такої події надіслати письмове повідомлення про неї Страховику з докладами викладеним всім відомим йому обставин та виконувати розпорядження та рекомендації Страховика або його уповноважених представників.

9.1.3. Скласти акт розслідування, якщо розслідування такого випадку передбачено законодавством України.

9.1.4. Надати всі відомі йому дані, які можуть бути використані для встановлення наслідків страхового випадку, а також з'ясування причин і наслідків страхового випадку та отримання документів, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку.

9.1.5. Надати Страховику можливість провести розслідування обставин та сприяти розслідуванню події, що має ознаки страхового випадку, надати йому вичерпну та достовірну інформацію і документацію (у т. ч. таку, яка є комерційною таємницею), що стосується такої події.

9.1.6. За вимогою Страховика дозволити лікареві Страховика ознайомитися з медичною документацією або провести огляд 30, якщо така можливість є; якщо після огляду з'ясується, що 30 отримав травму, яка призвела до ушкодження здоров'я, а також витрати на лікування зазначеною ним закладом охорони здоров'я. Якщо виявиться, що 30 діяла з метою обману, то всі витрати за додаткове медичне обстеження вона несе самостійно.

9.1.7. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з документально зафіксованої дати надати Страховику заяву на страхову виплату та документи, передбачені розділом 10 цього Договору. В залежності від випадку, документально зафіксованою датою є: – при тимчасовому розладі здоров'я – дата закінчення лікування; – при смерті Застрахованої Особи – дата видіння свідоцтва про смерть.

9.2. Якщо Страховальник (30) неможливість своєчасно виконати дії, передбачені у п. 9.1. цього Договору, він повинен підтвердити це відповідними документами.

9.3. Страховальник (30) повинен докласти усіх зусиль для фіксації у відповідних документах всіх обставин, що спричинили настання страхового випадку, усіх наслідків страхового випадку, для чого викликає і залучає представників компетентних органів, експертів, відповідних спеціалістів, а також підтверджує відповідними документами факт настання страхового випадку.

9.4. у разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації події як страхового випадку, її причин, обставин і наслідків та виникнення сумніви у Сторони щодо достовірності документів, кожна із Сторін має право на проведення розслідування та виконання експертизи. Прийняття Страховиком в такому випадку рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати може бути відстроєно з урахуванням умов розділу 12 цього Договору.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

10.1. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати та визначення її розміру, 30 (інша особа, що є одержувачем страхової виплати) зобов'язаний надати Страховику наступні документи:

10.1.1. Письмове повідомлення про настання страхового випадку.

10.1.2. Договір страхування (примірник Страховальника) та копія платіжного документу про сплату страхового платежу (за наявності).

10.1.3. Акт розслідування, якщо розслідування такого випадку передбачено законодавством України.

10.1.4. Документи компетентних органів, до яких Страховальник повинен був звернутися відповідно до законодавства України, що підтверджують факт, обставини та причини настання події, що має ознаки страхового випадку), інші документи щодо факту та обставин такої події.

10.2. Для отримання страхової виплати 30 (її спадкоємці) повинна додатково до документів, що зазначені в п. 10.1 цього Договору, надати:

10.2.1. Заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком.

10.2.2. Документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера (за наявності).

10.2.3. Довідку медичного закладу, виписку з медичної картки стаціонарного хворого із зазначенням терміну лікування, діагнозу захворювання, результатів лабораторних досліджень та загальними висновками лікаря.

10.2.4. Результати тесту на COVID-19.

10.2.5. Свідоцтво про смерть та лікарське свідоцтво про смерть, в якому зазначено причину смерті COVID-19 (у разі смерті 30).

10.2.6. Документ, що підтверджує наявність права вимоги спадкоємця 30 (свідоцтво про право на спадщину, т. ін.), для осіб інших, ніж Вигодонабувач, – у разі смерті 30.

10.3. Страховик має право вимагати від Страховальника або особи, яка звернулася за страховою виплатою, надання додаткових, не зазначених у цьому розділі документів, якщо на підставі наявих документів неможливо визначити причини та обставини події, що має ознаки страхового випадку. Страховик має право звільнити Страховальника (або особу, яка звернулася за страховою виплатою), від обов'язку надати інші документи. Повний перелік документів визначається Страховиком у кожному випадку окремо в залежності від обставин події.

10.4. Визначені документи можуть бути надані російською, українською або англійською мовою. Якщо документи складені іншими мовами, Страховальник (30) або довірена особа Страховальника (30) має надати офіційний переклад українською мовою.

10.5. Документи, що надаються, повинні бути оформлені відповідно до існуючих норм (із зазначенням номеру, дати, засвідчені підписами уповноважених осіб та печатками та/або штампамися, без виправлень). Документи, вказані у цьому розділі, надуються Страховику у вигляді оригіналів або копій, зазначених у розділі 12 цього Договору розуміється граничний розмір страхових виплат, що здійснюється Страховиком за Договором страхування, при настанні відповідного страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку). Після здійснення Страховиком страхової виплати за розлад здоров'я 30 (згідно з п. 4.2.1. Договору), який потребує надання екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування, ліміт відповідальності за цим Договором становить розлад здоров'я 30 вважається вичерпаним (дворічне нулю). У разі, якщо у п. 5.1.1 Договору жоден з Варіантів не буде зазначено позначкою «ТАК», або позначкою «ТАК» чи позначкою «НІ», або «Згідно з Додатком № 1» будуть зазначені обидва варіанти, вважається, що цей Договір страхування укладений за Варіантом 1. У разі, якщо у п. 5.1.1 Договору жоден з Варіантів не буде зазначений позначкою «ТАК», або позначкою «ТАК» чи позначкою «НІ», або «Згідно з Додатком № 1» будуть зазначені особливі два варіанти, вважається, що цей Договір страхування укладений за Варіантом 1. У цьому випадку Страховик залишає за собою право визнати Договір таким, що укладений за іншим Варіантом, у разі, коли фактична сума сплаченого страхового платежу за Договором відповідає добутку розміру страхової суми (щодо всіх 30 за Договором) за іншим Варіантом, на розмір страхового тарифу за Договором.

11.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви на страхову виплату та страхового акту, складеного Страховиком або уповноваженою особою в строку, зазначений в розділі 12 цього Договору. В страховому акті зазначаються підстави для здійснення страхової виплати та розрахунок розміру страхової виплати.

11.3. Страхова виплата сплачується Страховиком наступним чином:

11.3.1. У разі розладу здоров'я, який потребує надання екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування, та за умови що таке лікування тривало не менше ніж п'ять діб – Застрахований особи.

11.3.2. У разі смерті 30 – спадкоємцю за законом, заповістю або спадковим договором або Вигодонабувачу.

11.4. Зав'язує сума страхових виплат за всіма страховими випадками за цим Договором не може перевищувати:

11.4.1. Щодо окремої 30 – розмір страхової суми за цим Договором, що вказаний в акті окремої 30 згідно з п. 5.2.1. цього Договору (за застрахованим варіантом, що зазначений позначкою «ТАК»);

11.4.2. Щодо цього Договору загалом – розміру загальної страхової суми за цим Договором згідно з п. 5. цього Договору.

11.5. Страхова виплата здійснюється незалежно від виплат по державному соціальному страхуванню, соціальному забезпеченню та сум, що має отримати 30 (її спадкоємці) як відшкодування збитків. Якщо предмет цього Договору застраховано у кількох Страховиках та інформація про такі Договори надана Страховику, то страхова виплата здійснюється в повному обсязі.

11.6. Розмір страхової виплати при настанні страхового випадку визначається:

11.6.1. У разі розладу здоров'я 30 внаслідок події, зазначеної у п. 4.1 цього Договору, та надання 30 екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування – у розмірі ліміту відповідальності та відповідно до п. 11.3.1. при настанні розладу здоров'я однієї 30 згідно з п. 5.2. цього Договору (за застрахованим варіантом, що зазначений позначкою «ТАК»);

11.6.2. У разі смерті 30 від захворювання, яка безпосередньо пов'язана з настанням події, зазначеної у п. 4.1. цього Договору – у розмірі ліміту відповідальності при настанні смерті однієї 30 згідно з п. 5.2.2. цього Договору (за застрахованим варіантом, що зазначений позначкою «ТАК»).

11.7. У разі порушення фізичного стану здоров'я 30 перед настанням захворювання, що підпадає під дію цього Договору, документально підтверджені стани захворювання мають бути підставою для визначення розміру страхових виплат.

Підпис Страховальника
Signature of Insured /

11.8. Після здійснення Страховиком страхової виплати щодо окремої 30 за страховим випадком згідно з п. 4.2.1. цього Договору (за розлад здоров'я 30, який потребує надання екстреної медичної допомоги – невідкладного цілодобового стаціонарного лікування), цей Договір стосовно такої окремої 30 зберігає чинність до кінця його строку дії. При цьому обсяг зобов'язань Страховика щодо такої 30 зменшується на суму здійсненої виплати. Якщо страхові виплати склали 100% страхової суми щодо такої 30, діє Договір по відношенню до такої 30 припиняється.

11.9. Смерть 30 визнається такою, що настала внаслідок захворювання, що підпадає під дію цього Договору, якщо вона настала протягом 30 (тридцяти) днів з моменту настання події (страхового ризику), зазначеної у п. 4.1 цього Договору. При цьому страхова виплата здійснюється тільки у разі, якщо смерть 30 є прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком вище-зазначеної події, що настала та була зав'язана Страховику під час дії цього Договору та підпадає під дію цього Договору.

11.10. Змінені страхової виплати і вевдє списання грошових коштів з поточного рахунку Страховика. Страхова виплата здійснюється у грошовій одиниці України та проводиться шляхом її переахування 30 (отримувачу, Вигодонабувачу) з відрахуванням всіх податкових витрат згідно з законодавством за реквізитами рахунку (що відкритий у будь-якому банку на території України), зазначеному в заяві на страхову виплату.

11.11. Якщо після прийняття рішення про здійснення страхової позовної давності виявляється такі обставини настання страхового випадку, що позбавляють 30 (отримувача, Вигодонабувача) права на її отримання, 30 (отримувач, Вигодонабувач) зобов'язана повернути отриману страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання вимоги про повернення страхової виплати (повністю або частково) від Страховика.

11.12. У випадку виникнення спорів між Сторонами щодо визнання події страховим випадком та/або розмірів страхової виплати, Сторони діють відповідно до умов розділу 16 цього Договору.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПАТИ

12.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом не більше ніж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати надання Страховику усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та документів, що підтверджують розмір страхової виплати. Рішення про страхову виплату оформлюється страховим актом.

12.2. Страховик здійснює страхову виплату у строк, не більший ніж 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дня складання страхового акту.

12.3. Якщо має право відсторонити прийняття рішення про здійснення або відмову у страхової виплати: – на строк не більше ніж 90 (дев'яносто) днів – якщо подані документи оформлені з порушенням умов розділу 10 цього Договору; містять недостатню інформацію щодо часу, причин, обставин подій; у Страховика виникли обґрунтовані сумніви відносно достовірності наданих йому документів; існують супереччї відносно розміру виплати; – на строк не більше ніж 18 місяців – до закінчення досудового розслідування (зупинення/закінчення досудового розслідування), або завершення / закриття кримінального провадження, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній справі, якщо за фактом захворювання щодо Страховальника (30, Вигодонабувача) розпочате таке розслідування.

12.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати або відсторонення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик письмово повідомляє про це 30 (її спадкоємця) з обґрунтуванням причин відмови або відсторонення у строк, не більший ніж 10 (десять) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

13. ПРИЧИНІ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПАТІ

13.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1. Порушення Страховальником (30) правил та норм безпеки праці, правил пожежної безпеки, правил техніки безпеки, та відповідних правил, що стосуються безпеки життєдіяльності людини, які встановлені законодавством.

13.1.2. Відмова 30 отримати медичну допомогу або невиконання призначень лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

13.1.3. Невідповідність розладу здоров'я або смерті причинна та/або обставинам заявленої події; отримання Страховиком обґрунтованої інформації, що страховий випадок очікується, але його не було попереджено.

13.1.4. Укладення Договору страхування відносно: особи, яка не може бути застраховано за цим Договором відповідно до п. 8.1.1. Договору; особи, яка не відноситься до категорії Застрахованих осіб згідно з визначеннями п. 3.2. цього Договору.

13.1.5. Інші причини заборони цим Договором, Правилами, ст.26 ЗУ «Про страхування» та законодавством України.

13.2. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена Страховальником у судовому порядку.

13.3. Незадовільний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

14. ПОРЯДОК ДІЙ, ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЄЙСІСТЬ ДОГОВОРУ

14.1. Про намір внести зміни до цього Договору (крім випадків зміни страхового ризику) будь-яка Сторона повинна попередити іншу Сторону в письмовій формі не пізніше ніж за 10 (десять) робочих днів до дати внесення таких змін. Всі зміни та доповнення з'являються в акті внесення змін. Якщо зміни внесені до цього Договору, Протокол 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання заяви про внесення змін, у разі недовсягнення Сторонами домовленостей щодо таких змін, Сторонами вирішується питання про дію цього Договору на попередніх умовах або про припинення його дії. Обов'язковою умовою щодо внесення змін до цього Договору є відсутність неурегульованих страхових випадків щодо 30, стосовно яких вносяться зміни.

14.2. Страховальник повинен протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки йому стане відомо, письмово повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику, у т. ч. наявність подій, що збільшують вірогідність настання страхового випадку; істотне погіршення стану здоров'я, зміна професійної діяльності, заняття діяльністю, що пов'язана з підвищеним ризиком для життя або здоров'я, тощо. Якщо такі зміни не повідомити, а отримувач цього Договору та Страховик сплатили додаткового страхового платежу або достроково припинити дію цього Договору, при цьому:

14.2.1. Якщо Страховальник погодиться на зміну умов страхування та сплату додаткового страхового платежу – Сторони укладають додаткову угоду до цього Договору, в якій визначаються нові умови страхування та додатковий страховий платіж.

14.2.2. Якщо Страховальник не погодиться на зміну умов страхування, дія цього Договору припиняється: – з моменту настання зміни у страховому ризику, якщо його зміна сталася у зв'язку з діями Страховальника (30); – з моменту настання зміни умов настання страхового ризику, якщо його зміна сталась незалежно від воли Страховальника (30).

14.3. Дія цього Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також в інших випадках та на умовах, передбачених ст.28 ЗУ «Про страхування».

14.4. Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після дострокового припинення дії цього Договору. Не допускається повернення страхового платежу готівкою, якщо він був сплачений в безготівковій формі.

14.5. Цей Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, а також у інших випадках, передбачених ст.29 ЗУ «Про страхування».

14.6. Якщо за умов цього Договору неможливо виконати умови цього Договору, Страховику та Страховику укладають Договір страхування у застрахований, новий Договір страхування є нікчемним. Визнання нікчемного Договору страхування недійсним судом не вимагається.

14.7 Норматив витрат на ведення справи становить 40%.

15. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИВ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРИВ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

15.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов цього Договору страхування та Правил.

15.2. Страховальник має право:

15.2.1. Знайомитися з умовами цього Договору та Правилами, отримати від Страховика роз'яснення їх положень.

15.2.2. Отримувати Договір страхування третіх осіб (30), якщо неможливо набувати прав і обов'язки Страховальника (за їх згоди). У разі укладання Договору про страхування неповнолітньої особи необхідна згода її батьків або опікунів.

15.2.3. Інціювати внесення змін до умов цього Договору шляхом укладання додаткової угоди протягом строку його дії. Внесення змін можливе лише до настання страхового випадку з окремою 30 або після врегулювання такого страхового випадку та здійснення страхової виплати.

15.2.4. Одержати страхову виплату на умовах, передбачених цим Договором.

15.2.5. Отримати від Страховальника збіжак цього Договору у разі втрати оригіналу.

15.3. Страховальник зобов'язаний:

15.3.1. Своєчасно сплатити страховий платіж в повному розмірі та у строк, що визначено умовами цього Договору.

15.3.2. При укладанні цього Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надати негайно письмової інформації Страховика про будь-яку зміну страхового ризику, але не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня такої зміни. Страховальник несе відповідальність за надання такої інформації як за невиконання своїх обов'язків з обов'язку взаємності. Невиконання вказаної зобов'язання звільняє Страховика від обов'язку здійснити страхову виплату, якщо зміна страхового ризику та настання події має причинити наслідки для з'явок.

15.3.3. Інформувати Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету цього Договору.

15.3.4. Знайомитися 30 з умовами цього Договору.

15.3.5. У разі настання страхового випадку письмово повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений цим Договором, діяти згідно з умовами цього Договору. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення наслідків захворювання.

15.3.6. Надавати Страховику усю наявну інформацію та документи

Договір добровільного медичного страхування здоров'я на випадок хвороби / Voluntary Health Insurance Contract		Серія / Series COVID		Номер (No.):	
Місце укладання / signing place		Дата укладання Договору / signing date			
ЧАСТИНА 1. УМОВИ СТРАХУВАННЯ (ОСНОВНА ЧАСТИНА) / PART 1. MAIN TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE					
1. Страховик/ Insurer: АТ «ПРОСТО-страхування» Адреса: Україна, 04050, м. Київ, вул. Герцена, 10, тел.: (044) 206 28 85, факс: (044) 206 28 84, e-mail: office@pro100.ua IBAN UA9838080500000000265082212 в АТ «Райффайзен Банк Аваль», ЄДРПОУ 24745673. JSC «PROSTO-Insurance», address: 10 Gertzena Str., 04050, Kyiv city, Ukraine, tel.: (044) 206 28 85; fax: (044) 206 28 84, e-mail: office@pro100.ua, IBAN UA9838080500000000265082212 with «Raiffeisen Bank Aval» JSC, company registration No. 24745673.					
2. Страхувальник / Policyholder					
Прізвище, ім'я / Last, first name					
Дата народження / Date of birth				Країна постійного проживання / Country of permanent residence	
Паспорт Страхувальника / Passport of the Policyholder					
Застрахованою особою за цим Договором є: страхувальник / Insured person hereunder is: Policyholder		Так / yes		Ні / no	Вигодонабувач/ Beneficiary: Застрахована особа / Insured Person
2.1. Застрахована особа / Insured Person					
Прізвище, ім'я / Last, first name					
Дата народження / Date of birth				Країна постійного проживання / Country of permanent residence	
Паспорт Застрахованої особи / Passport of the Insured Person					
2.2. Кількість Застрахованих осіб / No. of the Insured Persons		згідно з Переліком Застрахованих осіб, що є Додатком 1 до цього Договору/ as per the Insured Persons List specified in Annex 1 hereto			
The Insurer and the Policyholder, each individually referred to as the Party, and collectively as the Parties, based on Ukraine's Law «On Insurance», on the License issued by the State Commission for Regulation of Financial Services Markets of Ukraine, and on the Rules of Voluntary Health Insurance No. 1041, and following the Policyholder's oral request have entered into this Voluntary Health Insurance Contract consisting of the Part 1 and Part 2, none to be used separately (hereinafter referred to as the «Contract, Insurance Contract»), on the following:					
3. SUBJECT-MATTER OF THE CONTRACT					
3.1. The Subject-matter of this Contract shall be the proprietary interests that comply with Ukraine's laws and relate to the life, health and ability to work of the Policyholder (when being an individual) or of the Insured Persons specified by the Policyholder herein with their respective consent given thereto (hereinafter referred to as the «IP»).					
3.2. The Insured Person shall include any Ukrainian citizen, foreigner and stateless person legally staying in Ukraine at the signing of the Contract.					
3.3. The Insurer undertakes to indemnify the Policyholder upon occurrence of the Insured Event pursuant to the terms and conditions and within the scope specified herein, and the Policyholder undertakes to pay for the insurance premium and to fulfil other terms and conditions of this Contract.					
4. INSURANCE RISKS. INSURED EVENTS					
4.1. The Insurance Risk shall mean any specific event insured against and featuring elements of probability and randomness of occurrence, that is a laboratory confirmed case of the COVID-19 infection (coronavirus disease). The date of occurrence of the said event (insurance risk) shall be the date of diagnosing the virus in the IP based on the laboratory test results.					
4.2. The Insured Event shall mean any event as specified herein and occurred to the IP which occurrence shall obligate the Insurer to pay the indemnity claim filed by the IP or the Beneficiary in case of:					
4.2.1. any of the IP's health impairment (except for the consequences specified in p. 4.2.2 hereof) resulting from the event (insurance risk) specified in p. 4.1. hereof which necessitates an immediate first aid in the form of emergency 24-hour inpatient care;					
4.2.2. the IP's death resulting from a disease that is directly related to the occurrence of the event (insurance risk) specified in p. 4.1. hereof, if the death occurs within 30 (thirty) days of the said event.					
4.2.3. Any event as specified herein shall be recognized as the insured one if occurred as a result of the laboratory-confirmed case of the COVID-19 infection (coronavirus disease), which case being occurred and first detected (first diagnosed) during the term and place of this Contract and confirmed by documents from the competent authorities (healthcare institutions, etc.), subject to the conditions of p. 6.1. hereof. Until the Insurer decides to pay the indemnity claim and issues the indemnity payment report an event that has occurred hereunder shall be regarded an «event having features of the insured one».					
5. SUM INSURED. LIABILITY LIMITS. TARIFFS					
5.1. This Contract is considered to incorporate the terms and conditions of one of the below Options related to the insurance amounts (indemnity limits):					
5.1.1. Options:		Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
5.2. Sum Insured per one IP, UAH:		20 000,00	40 000,00	60 000,00	100 000,00
5.2.1. Limit of liability in case of the IP's health impairment (as in p. 4.2.1. hereof) per person, UAH:		5 000,00	10 000,00	20 000,00	30 000,00
5.2.2. Limit of liability in case of the IP's death (as in p. 4.2.2. hereof) per person, UAH:		15 000,00	30 000,00	40 000,00	70 000,00
Mark the selected option with «YES», and mark the omitted option with «NO»:					
5.2.3 Adjustment coefficient		YES/ NO		If yes, please, indicate in numbers	
5.3. BASIC INSURANCE TARIFF, %		1.0 % of sum insured			
5.4. TOTAL SUM INSURED under the Contract, UAH:		in numbers and in words			
5.5. INSURANCE PREMIUM under the Contract per one Insured Person, UAH:		in numbers and in words			
5.5.1. TOTAL INSURANCE PREMIUM under the Contract, UAH:		in numbers and in words			
When the Contract is accompanied with the Insured Persons List (Annex 1 hereto) the amount of the insurance premium shall be indicated per each IP.					
6. CONTRACT PERIOD and COVERAGE TERRITORY. INSURANCE PREMIUM PAYMENT PROCEDURE					
6.1. CONTRACT PERIOD		from 00 hours 00 minutes	20_____	until 24 hours 00 minutes	20_____
This Contract shall come into force not earlier than the day which follows the date when the full amount of the insurance premium is paid to the Insurer's bank account. The term of the Contract shall be maximum 6 months. When the Contract is awarded with a foreigner and stateless person legally staying in Ukraine at the signing of the Contract the term of the Contract shall correspond to the period of their stay in Ukraine, in case of crossing the border of Ukraine the Contract shall terminate and the insurance shall expire.					
6.2. COVERAGE TERRITORY: Ukraine . The Contract shall not be applied on the territory of the Autonomous Republic of Crimea and temporarily occupied territories of the Donetsk and Luhansk Regions where, according to Ukraine's effective laws, the Ukrainian state authorities do not exercise their powers and control at the date of the insured event, and on the territories of any military actions or armed conflicts and/or areas being under the sanction regime of Ukraine, the UN, the EU, the USA, and Switzerland.					
6.3. Insurance premium payment procedure		In a lump sum of the insurance premium payable under p. 5.5.1. to the Insurer's bank account within the period specified in p. 6.1. hereof. In case of any failure to pay the total amount of the insurance premium within the established term the Contract shall not come into force and the Insurer shall not be liable to pay claim hereunder.			
6.4. Special terms and conditions of the Contract		6.4.1 For a foreigner or a stateless person who, based on the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 480 dated June 12, 2020, after entering Ukraine is not placed on observation or does not agree to self-isolation, the follow-up of the event as specified in p. 4.2. hereof shall be regarded as the insured event if occurred after the 16th (sixteenth) calendar day that follows the date of payment of the insurance premium hereunder (15 days waiting period deductible). 6.4.1.1 For a person who is under observation, based on the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 893 dated August 22, 2011 and No. 392 dated May 20, 2020, the follow-up of the event as specified in p. 4.2. hereof shall be regarded as the insured event if occurred within the validity period subject to the provisions of p. 6.1. hereof. In case of a failure to comply with the observation terms and conditions the event shall be recognized as the insured one subject to the provisions of p. 6.4.1. hereof. 6.4.2 For a citizen of Ukraine the follow-up of the event as specified in p. 4.2. hereof shall be regarded as the insured event if occurred after the 16th (sixteenth) calendar day that follows the date of payment of the insurance premium hereunder (15 days waiting period deductible). The Insured Persons List (if any) specified in Annex 1 shall be an integral part of this Contract.			
7. SIGNATURES AND DETAILS OF THE PARTIES					
7.1. According to Ukraine's Law «On Personal Data Protection» No. 2297-VI dated June 01, 2010, the Policyholder and the Insured Persons irrevocably agree to processing of their personal data by the JSC «PROSTO-insurance» in connection with its insurance, financial and economic activities and keeping internal records, and also disclaim from any written notice to be provided in relation to the inclusion of their data to the personal data records. The Policyholder and the Insured Persons hereby testify that they are aware of their rights as of the data subjects as stipulated for by Ukraine's Law «On Personal Data Protection» No. 2297-VI dated June 01, 2010. By signing this Contract the Policyholder confirms that he/she is not a high-risk client (including a public figure) in relation to the Insurer within the meaning of the laws that govern the legal relations in the sphere of financial monitoring, and confirms that the data specified herein concerning the Policyholder are true. All annexes to the Contract shall be the integral part thereof.					
3 Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден I am familiarized and agree with the Rules and Terms and Conditions of insurance			Представник Страховика (Код) Representative of the Insurer (Code)		
Підпис Страхувальника Signature of the Policyholder / _____ /			Підпис Страховика Signature of the Insurer / _____ /		

PART 2 TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE

8. INSURANCE LIMITATIONS AND EXCLUSIONS

8.1. This Contract shall not apply to:

- 8.1.1. Any person legally determined as incapacitated; persons with group I disability (or children with disabilities under the age of 18), unemployed persons with group II disability.
- 8.1.2. Persons suffering from severe nervous disorders.
- 8.1.3. Persons who are registered as patients of specialized neurological and psychoneurological clinics, centers for AIDS control and prevention, persons with AIDS.

8.1.4. Children under the age of 1 and persons who have reached the age of 65 at the signing of this Contract, unless otherwise specified in p. 6.4. «Special Terms and Conditions»;

8.2. This Contract shall not apply to and shall not recognize as the insured event any occurrence that:
8.2.1. is not defined as an insured event hereunder; resulted from the causes and circumstances existing before the entry into force of this Contract.
8.2.2. takes place before or after the expiration of this Contract or outside the coverage territory specified herein.

8.2.3. occurs to the IP who is imprisoned or convicted to serve a sentence.

8.3. This Contract shall not regard as an insured event any occurrence resulted from/ due to:

- 8.3.1. Nuclear incident, nuclear explosion, exposure to radiation, radioactive release or contamination, ionizing radiation.
- 8.3.2. Terrorist acts; political actions, government orders, declaration of a state of emergency; public riots, civil unrest or strikes; confiscation, requisition, seizure of property; actions of state bodies, local self-governments, or of the officials of these bodies; war; direct participation in military maneuvers, exercises, military equipment testing or any other similar activities as a serviceman or civilian.
- 8.3.3. Aware determination to stay in areas defined as life-threatening, unless it is a business necessity or an attempt to save somebody's life.

8.3.4. Any act of suicide of the IP, or suicide attempt, regardless of the mental state of the IP, except when encouraged by third party unlawful acts. Any such act of the IP shall be evidenced by the decision of court, by the resolution of the prosecutor's office or by the documents provided by any other competent authority.

8.4. None of the following shall be regarded as the Insured Event and covered hereby:

8.4.1. Exacerbation of a chronic disease, any occupational disease, sudden illness, infectious disease, except for those occurred as a result of the event specified in p. 4.1 hereof.

8.4.2. Any neurological or mental disease, regardless of their classification, mental disorder, depression or disorders of higher nervous activity, undergoing any experimental, research and diagnostic procedures.

8.4.3. Any bodily injury, except for concomitant viral infection resulted by the event specified in p. 4.1. hereof.

8.4.4. Heart attack or stroke; surgical operations, treatment or diagnostic of the IP.

8.4.5. Any harm to body or other harm to health resulted by self-medication or by any unauthorized treatment provided by a non-specialist and/or by a person who has no relevant license as required by the law.

8.4.6. Any adverse effects of diagnostic, therapeutic and preventive measures (including any drug injections), and of the treatment, too, which measures were taken in line with the insured event that occurred during the Contract term.

8.5. The Contract shall not treat as an insured event the death of the IP resulted from: ailment associated with aging; accident; any disease other than specified in p. 4.1. hereof occurred upon the expiration of 30 (thirty) days from the date of the event.

8.6. The Insurance Contract shall not cover any indirect losses of the Insured incurred due to the exchange rate difference, late payment interest, penalties (fines), emotional injury, lawyer fees, and other indirect costs.

8.7. The Insurer shall not pay any claim hereunder if the event (insurance risk) specified in p. 4.1. of the Contract occurs within the first 15 (fifteen) days following the date of payment of the insurance premium hereunder (i.e. before the date of commencement of the Insurer's liability hereunder as specified in p. 6.1 of the Contract), unless otherwise provided in the Contract.

8.8. The Insurer shall not pay any claim related to the impairment of the IP's health as a result of the event (insurance risk) specified in p. 4.1. hereof if: the health condition did not require any immediate first aid in the form of emergency 24-hour inpatient care, and the IP did not undergo his or her treatment at the inpatient treatment unit; the Insurer was not provided with the documents from the healthcare facility (certificate or extract from the inpatient medical record) to evidence the provision of the 24-hour inpatient treatment relevant to the disorder.

9. ACTIONS OF THE POLICYHOLDER IN CASE OF AN INSURED EVENT

9.1. Upon occurrence of an event that has features of the insured one the Policyholder (IP) or, in case of his (her) inability due to health condition, the Policyholder's authorized person shall be obliged to do the following:

9.1.1. To ask for the medical aid to a healthcare institution immediately from the place of occurrence, but not later than 24 hours after the occurrence.

9.1.2. Within 1 (one) business day from the date of the occurrence to notify the Insurer thereof in any way, and within 3 (three) business days from the date of the occurrence to send a written notice to the Insurer with a detailed description of all known circumstances and follow instructions and recommendations of the Insurer or its authorized persons.

9.1.3. To write an Investigation Report, if the event requires investigation by Ukraine's effective laws.

9.1.4. Take all possible measures to prevent or mitigate the consequences of the Insured Event, and to find out the causes and consequences of the Insured Event and obtain documents evidencing the occurrence and circumstances of the Insured Event.

9.1.5. To allow the Insurer to investigate the circumstances and assist in the investigation of an event that has features of the insured one, and to provide the Insurer with comprehensive and reliable information and documentation (including the one considered a trade secret) related to the event.

9.1.6. Upon the request of the Insurer to provide the healthcare professional representing the Insurer with the medical records or conduct an examination of the IP, relieving the doctors who provide treatment to the IP of the obligation to keep the IP's medical information private, and to conduct any additional medical examinations at the healthcare facility specified by the Insurer. Should the IP's actions turn to be fraudulent the IP shall be liable to cover independently all the costs connected with the additional medical examination.

9.1.7. Within 30 (thirty) calendar days from the documented date to file to the Insurer an indemnity claim and documents specified in p. 10. hereof. Depending on circumstances, the documented date shall mean: the date of treatment completion in case of any temporary health impairment, and the date of death certificate in case of death of the Insured Person.

9.2. If the Policyholder (IP) had no physical ability to timely act as specified in p. 9.1 hereof, he/she shall should confirm this with the relevant documents.

9.3. The Policyholder (IP) shall make every effort to record in the relevant documents all the circumstances that caused the Insured Event, all the consequences of the Insured Event, for which the Policyholder (IP) shall refer to and involve representatives of competent authorities, experts, relevant specialists, and confirm with the relevant documents the occurrence of the Insured Event.

9.4. In case of any dispute between the Parties with respect to qualifying the event as the insured one, its causes, circumstances and consequences and in case of any doubts of the Insurer as to the accuracy of the information specified in the documents, either Party shall have the right to conduct an independent examination. In this case, the Insurer's decision to pay or deny the indemnity claim may be postponed subject to the terms of the Section 12 hereof.

10. DOCUMENTS TO EVIDENCE THE OCCURRENCE OF THE INSURED EVENT AND AMOUNT OF LOSS

10.1. For the establishment of causes, consequences, and circumstances of the event that has features of the insured one, for the decision as to the indemnity claim payment or denial and calculation of the amount thereof, the IP (another person who shall be the beneficiary of the indemnity claim) shall provide the Insurer with the following documents:

10.1.1. Written notice of the event that has features of the insured one.

10.1.2. Insurance Contract (copy of the Policyholder) and a copy of the document evidencing the insurance premium payment (if any).

10.1.3. Investigation Report if the event is subject to investigation pursuant to Ukraine's laws.

10.1.4. Documents from the competent authorities the Policyholder has to refer to pursuant to Ukraine's laws to evidence the occurrence, circumstances and causes of the event that has features of the insured one, other documents evidencing the occurrence and circumstances of the event.

10.2. To receive the indemnity payment the IP (his/her heirs), in addition to the documents specified in p. 10.1. hereof, shall provide:

10.2.1. Application for the Indemnity Payment in the form established by the Insurer.

10.2.2. Documents certifying the identity of the recipient of the indemnity payment and a certificate of assignment of the tax identification number (if any).

10.2.3. A certificate from a healthcare facility, extract from the inpatient medical record specifying the duration of treatment, medical diagnosis, laboratory test results and general conclusions of a healthcare professional.

10.2.4. COVID-19 test results.

10.2.5. Death certificate and medical certificate of death stating the cause of death of COVID-19 (in case of the IP's death).

10.2.6. A document confirming the IP heir's right to claim (inheritance certificate, etc.) for any person other than the Beneficiary, in case of the IP's death.

10.3. The Insurer shall have the right to request from the Policyholder or from the person who applies for the indemnity payment any additional documents not specified herein, if the documents available do not allow to establish the causes and circumstances of the event that has features of the insured one. The Insurer shall have the right to release the Insured (or the person who applies for the indemnity payment) from the obligation to provide some documents. The complete list of documents shall be drawn up by the Insurer individually for each case depending on the circumstances of the event.

10.4. The above documents may be drawn up in Russian, Ukrainian or English. If the documents are drawn up in other languages, the Policyholder (IP) or the authorized person of the Policyholder (IP) shall provide their official translation into Ukrainian.

10.5. The documents to be drawn up in accordance with the existing requirements (bear the number, date, signatures of authorized persons and seals and/or stamps, without corrections). The documents specified in this section shall be provided to the Insurer in the form of originals, notarized copies, copies certified by the Policyholder or plain copies provided that the Insurer shall be allowed to verify these copies with the original documents.

10.6. If these documents are not provided in full and/or in the proper form, or drawn up with the violation of applicable regulations (no number, date, stamp, the text bears corrections etc.), the indemnity shall not be paid until these shortcomings are cured.

11. INSURANCE INDEMNITY PAYMENT PROCEDURE

11.1. Upon occurrence of an insured event the Insurer shall pay the indemnity claim in line with the terms and conditions defined by the Contract, by the Rules and with documents provided to the Insurer within the Sum Insured specified for the IP and the relevant liability limits established by the Contract. For the purposes of this Contract the «liability limit» shall mean the maximum amount of indemnity payments to be made by the Insurer under the Insurance Contract upon occurrence of a relevant insured event (an event having the features of the insured one). After the Insurer pays the indemnity related to the IP's health impairment (p. 4.2.1 hereof) which health condition necessitates immediate first aid in the form of emergency 24-hour inpatient care, the liability limit hereunder related to the health impairment of the IP shall be deemed exhausted (equal to zero). If in p. 5.1.1 of the Contract neither Option is marked «YES», nor marked «YES» or «NO», or «According to Annex No. 1», or both options are selected, the Insurance Contract shall regarded as concluded with Option 1 selected. The Insurer reserves the right to recognize the Contract as concluded with another Option selected if the actual amount of insurance premium paid under the Contract corresponds to the product of multiplication of the sum insured (for all IPs under the Contract) under another Option by the amount of the insurance tariff under the Contract.

11.2. The Insurer shall pay the indemnity based on the Application for the Indemnity Payment and the Report for Indemnity Payment drawn up by the Insurer or by a person authorized by the Insurer within the period specified in Section 12 hereof. The Report for Indemnity Payment shall indicate the grounds for the indemnity payment and the calculation of the amount of the indemnity payment.

11.3. The Insurer shall pay the indemnity as follows:

11.3.1. To the Policyholder – if a health impairment necessitates any immediate first aid in the form of emergency 24-hour inpatient care, provided that the inpatient treatment period exceeds five days.

11.3.2. To the heir at law, testamentary or conventional heir, or to the Beneficiary – in case of the death of the IP.

11.4. The total amount of indemnity payments for all insured events hereunder shall not exceed:

11.4.1. for a separate IP – the amount of the sum insured as specified for such IP in p. 5.2.1. of the Contract (in line with the insured option marked «YES»);

11.4.2. for the entire Contract – the amount of the total sum insured under the Contract as specified in p. 5. of the Contract.

11.5. The indemnity payment shall be made regardless of the payments due under any state social insurance or social welfare program and of any amounts to be paid to the IP (his/her heir) as a compensation for losses. If the subject-matter of this Contract is insured with several insurers and information about those contracts is provided to the Insurer, the indemnity shall be paid in full.

11.6. The amount of indemnity payment upon occurrence of an insured event shall be established:

11.6.1. In case of the IP's health impairment resulted from the event specified in p. 4.1. hereof and rendering to the IP of the immediate first aid in the form of emergency 24-hour inpatient care – within the liability limit and according to p. 11.3.1. in case of a health impairment of one IP as in p. 5.2. hereof (in line with the insured option marked «YES»);

11.6.2. In case of the IP's death resulted from a disease that is directly related to the occurrence of the event specified in p. 4.1. hereof – within the liability limit in case of death of one IP as in p. 5.2.2. hereof (in line with the insured option marked «YES»);

11.7. In case of an impairment of the IP's health any event that fits the Contract provisions and has a documented proof shall serve as a basis for determining the amount of the indemnity payment.

11.8. After the Insurer pays an indemnity for a particular IP under the insured event in line with p. 4.2.1 hereof (for the IP's health impairment necessitating an immediate first aid in the form of emergency 24-hour inpatient care), this Contract shall remain in force for such IP until the Contract expiration. The scope of the Insurer's obligations with respect to that IP shall be reduced by the amount paid. If the indemnity payments reach 100% of the sum insured for such IP, the Contract with respect to that IP shall be terminated.

11.9. The death of an IP shall be deemed to have resulted from a disease covered by the Contract if occurs within 30 (thirty) days upon the occurrence of the event (insurance risk) specified in p. 4.1. hereof. The indemnity shall be paid only if the IP's death results directly, independently of any other factors, from the above event that has occurred and has been reported to the Insurer during the Contract period and fits the Contract terms and conditions.

11.10. The date of the indemnity payment shall be the date of debiting money from the Insurer's business account. The indemnity shall be paid to the IP (recipient, Beneficiary) in the Ukrainian currency via the bank transfer less all tax costs required by the law to the account (opened in any bank in Ukraine) specified in the Application for the Indemnity Payment.

11.11. Should, upon the indemnity payment and within the limitation period, be revealed any circumstances related to the occurrence of the insured event which deprive the IP (recipient, Beneficiary) of the right to the indemnity, the IP (recipient, Beneficiary) shall be obliged to repay the indemnity payment within 10 (ten) business days from the date of the receipt of the Insurer's notice requesting to repay the indemnity (in whole or in part).

11.12. In case of any dispute between the Parties regarding the recognition of the event as the insured one and/or of the indemnity payment amount, the Parties shall act pursuant to the terms of Section 16 of the Contract.

12. TIMEFRAME FOR INDEMNITY CLAIM APPROVAL OR DENIAL

12.1. The Insurer shall have maximum 15 (fifteen) business days to approve or deny the indemnity claim upon the receipt of all necessary documents and information related to the occurrence and causes of the event which has the features of the insured one, and of the documents that prove the indemnity payment amount. The decision as to the indemnity payment shall be executed in the form of the Report for Indemnity Payment.

12.2. The Insurer shall pay the indemnity within maximum 15 (fifteen) business days from the date of the Report for Indemnity Payment.

12.3. The Insurer shall have the right to postpone the claim approval or denial decision: – for the period not exceeding 90 (ninety) days if the submitted documents fail to meet the terms of the Section 10 of the Agreement, incorporate inaccurate information as to the time, causes, and circumstances of the event; the Insurer has reasonable doubts about the authenticity of the documents provided; there is any disagreement as to the amount due to be paid; – for the period not exceeding 12 months until the pre-trial investigation completion (pre-trial investigation suspension/termination), or termination/closure of criminal proceedings, or taking a decision under any administrative offense or civil case proceedings in case of any proceedings initiated with respect to the health condition of the Insured (IP, Beneficiary).

12.4. In case of when the Insurer decides to deny the indemnity payment or postpone the claim approval or denial the Insurer shall notify the IP (his/her heirs) in writing and specify reasons of such denial or postponement within maximum 10 (ten) business days of the respective decision.

13. REASONS FOR INDEMNITY CLAIM DENIAL

13.1. The following shall serve as a ground for the indemnity claim denial:

13.1.1. Violation by the Policyholder (IP) of occupational safety rules and norms, fire safety rules, accident prevention rules, and relevant rules relating to the safety of human life provided for by the laws.

13.1.2. The IP's refusal of medical aid or non-compliance with the recommendations of a healthcare professional which results in the health impairment.

13.1.3. Inconsistency of the health disorder or death with the causes and/or circumstances of the event reported; any receipt by the Insurer of substantiated information that the insured event has been expected to occur yet not prevented.

13.1.4. Conclusion of the Insurance Contract in respect of a person who cannot be insured under the Contract in accordance with p. 8.1. hereof; a person who does not belong to the Insured Persons as defined in p. 3.2. hereof.

13.1.5. Other cases provided for by this Contract, the Rules, the Article 26 of Ukraine's Law «On Insurance» and Ukrainian laws.

13.2. The Insurer's denial to pay the indemnity claim may be appealed by the Policyholder to the court.

13.3. Dissatisfactory financial condition of the Insurer shall not serve as a ground for the indemnity claim denial.

14. EXERCITIO AMENDMENTS AND TERMINATION OF THE CONTRACT CONTRACT INVALIDITY

14.1. Either Party shall notify the other Party in writing of its intention to amend this Contract (except for changes in insurance risk) not later than 10 (ten) business days prior to the date of the changes. All changes and additions shall be made in the form of an additional contract here-to. Should the Parties fail to reach an agreement as to the proposed changes, the Parties shall, within 15 (fifteen) business days from the date of receipt of the contract amendments notice, decide on the continuation of the Contract on the original terms and conditions or on the termination thereof. Any changes to the Contract shall be subject to zero unsettled claims under the Insured Events related the IP with respect to whom the changes are to be applied.

14.2. The Policyholder shall be obliged to notify in writing, within 2 (two) business days as soon as the Policyholder becomes aware, of any changes in the insurance risk, including of any events that increase the likelihood of occurrence of the insured event: significant impairment of health, changes in professional activities, engaging in activities associated with increased risk to life or health, etc. These changes shall entitle the Insurer to change the Contract terms and conditions and request an additional insurance premium payment or early termination of the Contract, and:

14.2.1. Should the Policyholder agree to change the terms of insurance and pay the additional insurance premium the Parties shall award an additional Contract hereto which shall define the new insurance terms and additional insurance premium payment.

14.2.2. Should the Policyholder disagree to change the terms of insurance the Contract shall be terminated – from the date of changes in the insurance risk if the changes are connected with the actions of the Policyholder (IP); – within 5 (five) business days from the date of changes in the risk if the changes occur independently of the will of the Policyholder (IP).

14.3. This Contract shall be terminated and expire upon agreement of the Parties, and in other cases and under the terms and conditions as provided for in the Article 28 of Ukraine's Law «On Insurance».

14.4. Refunds shall be made within 15 (fifteen) business days after the early termination hereof. No insurance premium paid via bank transfer shall be repaid in cash.

14.5. This Contract shall be considered invalid after its conclusion in the cases as provided for by Ukraine's Civil Code and in other cases provided for by the Article 29 of Ukraine's Law «On Insurance».

14.6. If the Policyholder fails to inform the Insurer that the subject-matter of the Insurance Contract has already been insured, the new Insurance Contract shall be deemed void. The recognition by court of the insurance contract invalidity shall not be required.

14.7. The standard administrative fees shall be 40%.

15. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES. LIABILITY FOR THE NON-FULFILLMENT OR IMPROPER FULFILLMENT OF THE CONTRACT

15.1. The Parties shall be obliged to comply with the terms of the Insurance Contract and of the Rules.

15.2. The Policyholder shall have the right to:

15.2.1. Familiarize with the terms and conditions of the Contract and of the Rules, and get a clarification from the Insurer of the provisions thereof.

15.2.2. Award an insurance contract in favour of a third party (IP) which party may acquire the rights and obligations of the Policyholder (subject to the third party's consent). Any insurance contract awarded in favour of a minor shall be subject to the consent of that minor's parents or guardians.

15.2.3. Initiate during the Contract term any changes to the terms and conditions thereof which amendments to be effected in the form of an additional contract. Any changes shall be allowed to be applied only before an insured event occurs to a separate IP or after the settlement of that insured event and payment of the indemnity claim.

15.2.4. Receive the indemnity payment under the terms hereof.

15.2.5. Request from the Insurer a duplicate of the Contract should the original be lost.

15.3. The Policyholder shall be obliged to:

15.3.1. Pay the insurance premium in time and in full and within the period specified hereby.

15.3.2. When signing the Contract, to inform the Insurer of all known circumstances relevant to the assessment of the insurance risk, and immediately notify the Insurer in writing of any changes in the insurance risk, but not later than 2 (two) business days from the date of such change. The Policyholder shall be liable for the provision of any information which fails to be in line with the Policyholder's obligations hereunder. Any failure to comply with this obligation shall release the Insurer from the obligation to pay the indemnity claim if the change in the insurance risk and the occurrence of the event have a causal relationship.

15.3.3. Inform the Insurer of other valid insurance contracts related to the subject-matter of the Contract.

15.3.4. Familiarize the IP with the Contract terms and conditions.

15.3.5. In case of an insured event to notify the Insurer in writing of the occurrence of the insured event within the period specified herein, and to act pursuant to the terms and conditions of the Contract. Take measures to prevent and mitigate any consequences of the disease.

15.3.6. Provide the Insurer with all available information and documents related to the insured event and its consequences.

15.4. The Insurer shall have the right to:

15.4.1. Check the accuracy of the information provided by the Policyholder and of the submitted documents, check the compliance by the Policyholder (IP) with safety requirements (standards), compliance with the Contract terms and conditions, regardless of whether there is an increase in the risk level or not.

15.4.2. Initiate during the Contract term any changes to the terms and conditions thereof, including in case of changes in the risk level, and not later than 2 (two) business days provide the Policyholder with an additional contract related to the changes in the Contract terms and conditions and to the additional insurance premium amount or to the termination thereof.

15.4.3. Request from the Policyholder (IP, his/her heirs) any information necessary to establish the occurrence and circumstances of the event (including, but not limited to, results of the IP's medical examination etc.), including any information considered a trade secret.

15.4.4. Make inquiries related to the event that has features of the insured one to law enforcement agencies, healthcare institutions and any other enterprises, institutions and organizations, study causes and circumstances thereof, and request any investigation or examination. These actions of the Insurer shall not be regarded as recognition by the Insurer of the event as the insured one.

15.4.5. Postpone the decision related to the approval or denial of the indemnity claim payment under the terms and conditions hereof.

15.4.6. Deny the indemnity claim payment in cases provided for by the laws and by this Contract.

15.5. The Insurer shall be obliged:

15.5.1. To familiarize the Policyholder with the terms and conditions of the Contract and of the Rules, and give clarifications related to the insurance terms.

15.5.2. Within two business days, as soon as it becomes known about the occurrence of an event that has features of the insured one, arrange for all the necessary documents to be prepared to ensure the timely payment of the indemnity claim.

15.5.3. Upon occurrence of an insured event, pay or deny the indemnity claim under the terms and conditions hereof.

15.5.4. Issue to the Insured a duplicate of this Contract should the original be lost.

15.5.5. At the request of the Policyholder, in case if the latter takes measures to mitigate the insurance risk, renew the Insurance Contract with the Policyholder.

15.5.6. Keep undisclosed any information related to the Policyholder and his/her property status, except as otherwise provided for by the laws.

15.6. The Insured Person shall have the right:

15.6.1. Familiarize with the terms and conditions of the Contract and of the Rules, and get a clarification related to the provisions thereof.

15.6.2. Receive the indemnity payment pursuant to the terms and conditions of this Contract and of the Rules.

15.6.3. If the Policyholder is not the IP, the IP shall enjoy the rights and obligations of the Policyholder as provided for by this Contract.

15.6.4. The Insurer and the Policyholder shall also have other rights and obligations as set forth in this Contract.

15.7. The Parties shall be liable for the non-fulfillment or improper fulfillment of the terms and conditions of the Contract as provided for by Ukraine's laws.

15.8. For the late payment of indemnity claim the Insurer shall be subject to a penalty of 0.01% of the claim amount per each day of delay, but not in excess of the double discount rate of the NBU effective at the date of delay.

15.9. The Parties shall be released from liability for the non-performance or improper fulfillment of their obligations hereunder in case of declaring the state of emergency and other force majeure circumstances and the direct impact of such circumstances on the Parties' ability to fulfill their obligations during the period of these circumstances. The official confirmation from the competent state authorities shall serve as a relevant proof of the occurrence and termination of the force majeure circumstances.

16. DISPUTE RESOLUTION

16.1. Any dispute and disagreement that may arise between the Insurer and the Policyholder (IP, his/her heirs) with respect to this Contract shall be resolved by the Parties by way negotiations, the Parties shall be entitled to involve experts, the cost of the expert fees shall be covered by the Party invoking the expert.

16.2. If the Parties fail to resolve the dispute amicably the dispute shall be referred for consideration by the court pursuant to Ukraine's laws.

16.3. The Insurer shall, upon the request of the Policyholder (its representative), give relevant clarifications and consultations as to the terms of insurance set forth in this Contract and in the Rules, and shall, if necessary, give written explanations about the decisions taken.

16.4. Any lawsuit related to the indemnity claims hereunder shall be filed initiated against the Insurer within the period as provided for by Ukraine's laws.

17. FINAL PROVISIONS

17.1. All terms and conditions not regulated hereby shall be governed by the Rules and Ukraine's laws. The provisions of this Contract shall prevail over the relevant provisions of the Rules.

17.2. The Parties agree hereby all essential insurance terms defined for insurance contracts as essential and mandatory by Ukraine's Civil Code, Ukraine's Law «On Insurance».

17.3. The Parties shall be obliged to timely notify each other of any changes in address, bank details, owners structure, and other changes that may affect the fulfillment by the Parties of their obligations hereunder. All applications and notifications under the Contract shall be made by the Parties in writing and shall be deemed to have been duly submitted if they are sent by registered mail with acknowledged receipt or delivered in person to the specified address with delivery receipt confirmation given.

17.4. The terms and conditions of this Contract are regarded a trade secret and are not subject to disclosure by the Parties except otherwise is required by the laws. This Contract is concluded in the Ukrainian language in 2 (two) copies, both having the same legal force and effect.

Підпис Страховальника

Signature of the Policyholder / _____ /

Підпис Страховика

Signature of the Insurer / _____ /