

Annex No. 1 to the Agreement for Voluntary Insurance of Travellers in Ukraine

By signing (paying) this Insurance Agreement the Insured (Insured Person) provided to the Insurer full, unlimited, irrevocable consent for collection and processing of its personal data according to the Ukrainian laws on protection of personal data for provision of realisation of relations in the sphere of insurance and the Insurer's insurance and related financial and economic activity according to the current laws of Ukraine, which regulate such activity. This processing may also be made by any third parties designated by the Insurer according to the current laws of Ukraine. The Insurer informed the Insured (Insured Person) about its rights defined by the Ukrainian Law of Protection of Personal Data, and that its personal data will be included into the Insurer's personal data base. The Insurer (Insured Person) shall immediately give notice to the Insurer about changes in its personal data.

1. The Insurance Policy is an agreement for voluntary medical insurance and accident insurance of persons travelling in Ukraine. Medical insurance provides for organisation of emergency medical care (by ambulance, out-patient and in-patient teams) upon occurrence of an insured event at state healthcare institutions (in exceptional cases upon agreement with the Insurer – private healthcare institutions).

2. **The subject-matter insured** is property interests not contrary to the current laws, related to life, health and work capacity of the Insured Person aged from 1 to 75.

3. **The insurance territory** is all territory of Ukraine, except the permanent residence settlement; and in case of package tour – the insurance territory will start from the place of commencement of the tour (for foreigners – all territory of Ukraine).

4. **Insured event** shall mean the following events occurring during the insurance period and on the insurance territory:

4.1. **Insured event** that caused:

4.1.1. traumatic injury of the Insured Person;

4.1.2. permanent disablement (disability) of the Insured Person;

4.1.3. death of the Insured Person.

Accident shall mean sudden, unexpected, short-term event beyond control of the Insured, Insured Person or Beneficiary, which actually occurred and resulted in injury of health (traumatic injury, accidental acute intoxication by poisonous plants, chemical substances (industrial or household ones), low-quality foods (except bacterial food poisoning, salmonellosis, dysentery), medicines; heat injury, burns, cold injuries, electric shock, lightning stroke, disruption (injury) of organs or extraction of them as a result of incorrect medical manipulations) of the Insured Person or his/her death.

4.2. **Disease from the list below**, as a result of which the Insured Person applied to the healthcare institution through an assistance company:

4.2.1. twinge of toothache, when the Insured Person is provided medical aid for elimination of twinge of toothache within 2% from the total sum insured;

4.2.2. **diseases and conditions that require provision of emergency medical care** (according to the list of diseases listed below:

clause 4.2.2.1. Infectious and parasitic diseases: food poisoning; diphtheria; meningococemia; viral hepatitis (except chronic form); canicola fever; acute gastro-intestinal infectious diseases; if it is mentioned in the insurance agreement, expenses associated with infection with COVID-19 (medical expenses for in-patient treatment); COVID-19 Observation – medical observation at an observation point, testing for COVID-19 (no more than twice during the period of observation) during the period of observation within the amount specified in the insurance agreement for this type of expenses;

clause 4.2.2.2. Diseases of the endocrine system: diabetes (comatose state); thyroid disorders (myxedema coma and thyroid crisis); hyperparathyroidism (convulsive disorder); adrenal disorders (acute kidney injury).

clause 4.2.2.3. Nervous disorders and sensory processing disorders: acute inflammatory conditions of central and peripheral nervous system (condition that requires emergency care); hypothalamic crisis; eye acute inflammatory conditions and injury; acute inflammatory conditions and injury of ear, throat, nose;

clause 4.2.2.4. Blood circulatory disease system: hypotonic disease (condition that requires emergency care); hypertonic disease (condition that requires emergency care); acute myocardial infarction; unstable angina; acute heart rhythm disorder; acute heart failure; pulmonary edema; embolism and acute vessel thrombosis; acute cerebrovascular disease.

clause 4.2.2.5. Diseases of the respiratory system: obstruction of the upper airway; acute inflammatory conditions of the respiratory system (condition that requires emergency care); asthma (asthma attack);

clause 4.2.2.6. Diseases and injuries of digestive organs: gastrointestinal perforation; acute appendicitis; constricted hernia; intestinal blockage; acute cholecystitis; acute pancreatitis; gastrointestinal hemorrhage; mesenteric artery thrombosis; intraabdominal abscess.

clause 4.2.2.7. Diseases of the genitourinary system: acute inflammatory conditions of the genitourinary system (condition that requires emergency care); acute renal failure; renal colic; acute retention of urine.

clause 4.2.2.8. Acute obstetric gynecologic disorder: acute inflammation of female genital organs (condition that requires emergency care); bleeding from genital organs; other obstetric gynecologic abnormality, which requires emergency surgical intervention or manipulations.

clause 4.2.2.9. Skin, skin structure, muscle, bone, limb diseases: acute inflammatory conditions of skin, skin structure, muscles, bones, limbs etc. (condition that requires emergency care).

clause 4.2.2.10. Symptoms, signs and ill-defined conditions: coma; stupefaction; convulsions; collapse (of any causation); asphyxia; bleeding.

clause 4.2.2.11. Injuries and intoxication of different causation: skull fracture; spinal and core fracture; upper limb and lower limb fracture; joint and muscle damage; intracranial injuries; visceral injuries; head, neck and core injury; upper and lower limb injury; damage to blood vessels, which threaten life; burns; cold injury; heat and sun strokes that require hospitalisation; intoxication of different causation (except alcohol and drug one);

4.2.3. other conditions that require emergency medical care (until diagnosing).

5. **In case of occurrence of an insured event the Insurer shall pay insurance indemnity in the amount of:**
- 5.1. **for the insured event** – to the Insured Person or his/her legal successor:
- 5.1.1. in case of traumatic injuries of the Insured Person as a result of accidents – according to the **Table of Amounts of Insurance Indemnity in case of Traumatic or any other Bodily Injuries of the Insured Person (Annex 2 to the Insurer’s Rules of Voluntary Accident Insurance)**.
- 5.1.2. in case of disability confirmation:
for the first-degree disability – 80% of the sum insured under this risk;
for the second-degree disability – 60% of the sum insured under this risk;
for the third-degree disability – 40% of the sum insured under this risk;
disabled child - 60% of the sum insured under this risk;
disabled child of group A – 90% of the sum insured under this risk.
- 5.1.3. in case of death of the Insured Person – 100% of the sum insured under this risk.
- 5.2. **in case of illness:**
- 5.2.1. to the healthcare institution on the basis of the documents of the healthcare institution and the assistance company, but no more than the sum insured under this risk;
- 5.2.2. in case of independent payment by the Insured (Insured Person or third parties) for the medical services received by the Insured Person insurance indemnity shall be paid to the person who bore such expenses on the basis of the documents listed in clause 13. hereof.
- 5.3. the total amount of insurance indemnity for each Insured Person on one or more insured events shall not exceed the sum insured under this risk.
6. **The Insurer shall have the right to:**
- 6.1.1. make requests to the competent authorities to receive relevant documents and information, which confirm the fact and cause of the insured event; claim for diagnosis specification additional medical documents; postpone payment of insurance indemnity until clarification of the circumstances of the insured event for a period not exceeding 6 (six) months;
- 6.1.2. refuse to pay insurance indemnity according to the terms and conditions of this Insurance Agreement;
- 6.1.3. early terminate this Insurance Agreement.
7. **The Insurer shall:**
- 7.1.1. advise the Insured on the insurance terms and conditions and the Insurance Rules;
- 7.1.2. pay insurance indemnity upon occurrence of an insured event according to the terms and conditions of this Insurance Agreement;
- 7.1.3. keep secret information about the Insured and the Insured Person, received by it upon conclusion of this Insurance Agreement and during its period of validity, except as provided by the Ukrainian laws.
8. **The Insured shall have the right to:**
- 8.1.1. terminate this Insurance Agreement before its term ends in accordance with the terms and conditions thereof;
- 8.1.2. claim performance of the Insurance Agreement by the Insurer;
9. **The Insured shall:**
- 9.1.1. provide to the Insurer information about all circumstances, of which it is aware, which are essential for insurance risk assessment upon conclusion of the Insurance Agreement;
- 9.1.2. inform the Insurer about all changes that affect the nature of risk, which occurred after conclusion of the Insurance Agreement;
- 9.1.3. take measures to eliminate harmful factors affecting health of the Insured Person within the scope of his competence;
- 9.1.4. familiarise the Insured Persons with insurance terms and conditions.
- 9.2. If the Insured concludes an Insurance Agreement in terms of himself, he will be an Insured Person at the same time.
10. **The Insured Person shall have the right to:**
- 10.1.1. receive medical aid and insurance indemnity upon occurrence of an insured event according to the terms and conditions of this Agreement;
- 10.1.2. claim written substantiation of the reason for refusal to provide medical aid or pay insurance indemnity by the Insurer.
11. **The Insured Person shall:**
- 11.1.1. observe in the course of treatment prescriptions of doctors, regulations of the healthcare institution;
- 11.1.2. immediately inform the assistance company on occurrence of an insured event in the manner and within the time provided by the Insurance Agreement.
12. **Actions of the Insured Person in case of occurrence of an insured event.**
- 12.1. In case of occurrence of an insured event provided by the Insurance Agreement the Insured/Insured Person shall immediately give notice on the event to the assistance company by the telephones provided in the Insurance Agreement. In case of impossibility of immediate call to the assistance company the Insured/Insured Person shall contact the assistance company and inform it about an insured event as soon as possible, but at most within 24 hours from occurrence of an insured event.
- 12.2. If the Insured/Insured Person cannot give notice to the assistance company of an insured event himself, it can be made by any other person (tour conductor, medical officer, etc.) or the Insured Person, as soon as he/she has an opportunity, but at most within 24 hours from appearance of such opportunity.
- 12.2.1. The Insured/Insured Person shall provide to the assistance company the following information:
- ✓ Insurer: Kiy Avia Garant IC, PJSC;
 - ✓ surname of the Insured Person who had an insured event;
 - ✓ series and number of the Insurance Agreement;
 - ✓ Period of Validity of the Insurance Agreement.
 - ✓ nature of the event;
 - ✓ address and contact telephone number of the Insured Person.

12.3. The Insured/Insured Person shall agree with an assistance company upon all acts related to receipt of medical aid on the territory during the period of validity of this Insurance Agreement and later strictly observe recommendations of the assistance company.

12.4. After receipt of information the assistance company shall organise provision to the Insured Person of all required medical and other services provided by the Insurance Agreement, and shall pay expenses according to the Insurance Agreement. In case of impossibility to pay for listed services by the assistance company it is provided for payment for provided services and medicinal products by the Insured/Insured Person alone after organisation of aid by the assistance company. In this case insurance indemnity will be paid by the Insurer after provision of all required documents provided by the Insurance Agreement to the Insurer within the time provided by the Insurance Agreement.

12.5. The Insured/Insured Person shall provide to the medical officers designated by the Insurer or its authorised representatives free access to the Insured Person to control his health condition. If this provision is not observed, insurance indemnity for the services provided in this case will not be paid.

12.6. Payment for medical services, related to provision of in-patient care shall be made by the assistance company by order of the Insurer. If in case of in-patient treatment, the Insured did not contact the assistance company, the Insurer may refuse to pay insurance indemnity.

12.7. The Insured Person may not reject a proposal of the assistance and/or insurance company concerning transfer to the healthcare institution recommended by the Insurer for further treatment from the date when the doctor defines that health condition of the Insured allows him to make such transfer of the Insured Person himself or accompanied by any other person. If the Insured Person rejects this proposal of the assistance and/or insurance company, the Insurer will reserve the right to refuse payment or may compensate for expenses partially.

12.8. If the Insured/Insured Person contacts a healthcare institution without agreement with the assistance company, the Insurer will not bear any responsibility for the level of medical service and the amount of loss. If the Insured or Insured Person claims indemnity, the Insurer will reserve the right to refuse payment or may compensate for expenses partially.

13. To receive indemnity, the Insured Person or Beneficiary shall, in any case, provide the following documents: original policy, Insurance Claim, passport or any other identification document of the Insured (Beneficiary), medical certificate in out-patient/in-patient treatment. In case of illness, also – bill and Work Completion Certificate from the healthcare institution, prescriptions for received medicines, paid cheques. In case of an accident additionally – Accident Report, medical certificate, certificate of the Medico-Social Expert Committee (MSEC) on assessment of disability of the Insured Person, Death Certificate for the Insured Person (in case of death), medical certificate of death, document to confirm the right for inheritance, or any other documents required for objective consideration of the case.

14. Decision to pay insurance indemnity shall be made within 15 business days from receipt of all duly executed documents to confirm occurrence of an insured event. Insurance Indemnity shall be paid within 15 business days from the decision on payment. The Insurer shall inform the Insured Person (Beneficiary) about refusal to pay insurance indemnity in writing within 10 business days from the date of the decision on refusal.

15. The reasons for refusal by the Insurer to pay insurance indemnity are:

15.1. wilful acts of the Insured or Insured Person to cause occurrence of an insured event;

15.2. diseases and consequences of an accident, occurring as a result of participation in illegal acts;

15.3. deliberate provision by the Insured/Insured Person of false information about the subject-matter insured hereunder or of occurrence of an insured event;

15.4. non-provision of the required documents to confirm the cause and circumstances of a disease or accident;

15.5. disease, injury and poisoning occurring as a result of: taking alcohol, narcotic and toxic substances; wilful infliction of bodily injury, suicide or attempted suicide by the Insured Person to himself;

15.6. diagnosing and treatment not prescribed by a doctor, treatment by alternative healing methods;

15.7. medical services provided to the Insured Person beyond the scope of the Agreement and at healthcare institutions not provided by the Agreement;

15.8. diseases and conditions not requiring emergency medical care (body temperature rise with cough, cold, sore throat; headache, giddiness, atonia; stitch in the side, joints (radiculitis, osteochondrosis, inflammatory arthropathia, arthrosis etc.); elevation in blood pressure; pain syndrome of oncologic patients, acute exacerbation of chronic diseases of patients supervised by a family or district doctor due to idiopathic hypertension, peptic ulcer, chronic hepatic inflammation, cholecystitis, inflammatory bowel disease, renal disorder, joint disease etc.);

15.9. purchase of medicines designed to provide emergency medical aid, materials for alloplasty and zooplasty, disinfectants (except hand and hand and wound disinfectants), reusable medical instruments and medical supplies for surgical treatment, personal hygiene products and articles of care; medical products and expenditure materials; medicines purchased outside the pharmacy chain of Ukraine or not registered on the territory of Ukraine;

15.10. going by the Insured Person into any sports on a professional or amateur level or going into high-risk sports or extreme sports, if it is not provided by the Insurance Agreement;

15.11. incurring by the Insured/Insured Person of expenses not provided by the Insurance Agreement, including, but not limited to testing for COVID-19 (unlike testing at an observatory) and in-patient treatment of COVID-19;

15.12. defrayment of expenses for medical observation at an observatory and testing for COVID-19 during stay at an observatory, if the Insurance Agreement has no notice of covering of expenses for observation;

15.13. The Insurer shall be exempted from payment of insurance indemnity, if the Insured (Insured Person) does not perform this Insurance Agreement;

15.14. other cases provided by the Insurance Rules and the current laws of Ukraine.

16. The Insurer shall not bear any responsibility upon occurrence of insured events as a result of defence emergency and special conditions, anti-terrorism operations, combined forces operations, impact of nuclear energy, natural cataclysms; during the period of service of the Insured Person in arms (compulsory, contract etc.).

17. Disabled persons of groups 1 and 2 are not accepted for insurance.
18. This Insurance Agreement shall be terminated and become null and void upon agreement of the Parties and in case of:
 - 18.1. expiration; fulfilment by the Insurer of its obligations in full;
 - 18.2. death of the Insured Person (in case of insurance of a group of persons the Insurance Agreement shall be terminated only with respect to the late Insured Person);
 - 18.3. liquidation of the Insured-legal entity or death of an individual Insured or loss of productivity by him, except as provided by the Ukrainian Law of Insurance;
 - 18.4. there is a final decision for invalidation of the Insurance Agreement;
 - 18.5. in other cases, provided by the laws of Ukraine.
19. In case of early termination of the Insurance Agreement on request of the Insured the Insurer shall repay to it the remaining amount of insurance premium for the remaining period of validity of the Insurance Agreement less standard expenses for administration of the case at a rate of 30% from the insurance premium under the Insurance Agreement, and the amount of actually paid insurance indemnity under this Insurance Agreement. If the Insured's requirement is reasoned by breach of the Insurance Agreement by the Insurer, the latter shall repay to the Insured the full amount of insurance premium paid by the Insured hereunder.
20. In case of early termination of the Insurance Agreement on request of the Insurer it shall pay to the Insured the full amount of insurance premium paid thereby. If the Insurer's claim is reasoned by non-performance of the Insurance Agreement by the Insured, the Insurer shall repay to the Insured insurance premiums for the remaining period of validity of the Agreement after deduction of standard expenses for administration of the case at a rate of 30% from the insurance premium under the Insurance Agreement, and the amount of actually paid insurance indemnity under this Insurance Agreement.
21. In case of late payment of insurance indemnity, the Insurer shall bear property responsibility by payment to the Beneficiary of penalty at a double NBU rate for every day of delay.
22. All issues not provided by this Insurance Agreement shall be regulated by the Rules of Voluntary Medical Insurance and the Rules of Voluntary Accident Insurance of the Insurer and the current laws of Ukraine.
23. In case of any variant readings between Ukrainian and English language versions of this Exhibit, Ukrainian language version hereof shall prevail.

Додаток № 1 до Договору добровільного страхування подорожуючих Україною

Підписавши (оплативши) цей Договір страхування, Страхувальник (Застрахована особа) надав Страховику повну, безстрокову, безвідкличну згоду на збір та обробку персональних даних згідно законодавства України про захист персональних даних з метою забезпечення реалізації відносин у сфері страхування та здійснення Страховиком своєї страхової, та пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності відповідно до чинного законодавства України, що регулює дану діяльність. Дана обробка також здійснюється будь-якими третіми особами, яким Страховик надав таке право згідно чинного законодавства України. Страховиком повідомлено Страхувальника (Застраховану особу) про його права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», а також про те, що його персональні дані будуть включені до бази персональних даних Страховика. Страхувальник (Застрахована особа) повинні терміново повідомляти Страховика про зміну своїх персональних даних.

1. Страховий поліс є договором добровільного медичного страхування та страхування від нещасного випадку осіб, які подорожують по Україні. Медичне страхування передбачає організацію екстреної медичної (бригадами швидкої медичної, амбулаторної та стаціонарної) допомоги при настанні страхового випадку в державних медичних закладах (у виняткових випадках за узгодженням зі Страховиком – приватних медичних закладах).

2. **Предметом страхування** є майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої Особи віком від 1 до 75 років.

3. **Територія дії Договору страхування** – вся територія України, за винятком населеного пункту постійного місця проживання; а у випадку організованої туристичної подорожі – територія дії Договору страхування починається з місця початку організованої подорожі (для іноземців – вся територія України).

4. **Страховим випадком** є наступні події, які мали місце в період дії та в межах території дії Договору страхування:

4.1. **Нещасний випадок**, що призвів до:

4.1.1. травматичного ушкодження Застрахованої особи;

4.1.2. стійкої втрати працездатності (інвалідності) Застрахованої особи;

4.1.3. смерті Застрахованої особи.

Під “нещасним випадком” слід вважати раптову, несподівану, короткочасну, незалежну від волі Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача подію, що фактично відбулася і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне ушкодження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції, сальмонельозу, дизентерії), ліками; тепловий удар, опіки, обмороження, враження електричним струмом, блискавкою, розриви (поранення органів) або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій) Застрахованої особи або її смерть.

4.2. **Захворювання з переліку нижченаведених**, внаслідок якого Застрахована особа звернулася до медичного закладу через Асистуючу компанію:

4.2.1. гострий зубний біль, при якому Застрахованій особі надається медична допомога по усуненню гострого зубного болю в межах 2% від загальної страхової суми;

4.2.2. **захворювання та стани, що потребують надання екстреної медичної допомоги** (згідно з переліку захворювань, що зазначені нижче:

п. 4.2.2.1. Інфекційні та паразитарні хвороби: харчові отруєння; дифтерія; менінгококова інфекція; вірусний гепатит (крім хронічної форми); лептоспіроз; гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання; якщо це зазначено в договорі страхування, то покриваються витрати пов'язані з захворюванням на COVID-19 (медичні витрати на стаціонарне лікування); Обсервація COVID-19 - медичне спостереження в обсерваторії, тестування на COVID-19 (не більше 2-х за період обсервації) під час перебування в обсерваторії в межах суми зазначеної в договорі страхування на цей вид витрат;

п. 4.2.2.2. Хвороби ендокринної системи: діабет (коматозний стан); хвороби щитовидної залози (мікседематозна кома та тиреотоксичний криз); гіперпаратиреоз (судомний синдром); хвороби надниркової залози (гостра надниркова недостатність).

п. 4.2.2.3. Хвороби нервової системи та органів відчуття: гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи (стан, що потребує екстреної допомоги); гіпоталамічний криз; гострі запальні процеси та травми ока; гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа;

п. 4.2.2.4. Хвороби системи кровообігу: гіпотонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги); гіпертонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги); гострий інфаркт міокарду; нестабільна стенокардія; гостре порушення серцевого ритму; гостра серцева недостатність; набряк легенів; емболія та гострий тромбоз судин; гостре порушення мозкового кровообігу.

п. 4.2.2.5. Хвороби органів дихання: порушення прохідності верхніх дихальних шляхів; гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної допомоги); бронхіальна астма (приступ);

п. 4.2.2.6. Хвороби та ураження органів травлення: перфорації шлунку та кишок; гострий апендицит; защемлена грижа; непрохідність кишкова; гострий холецистит; гострий панкреатит; шлунково-кишкові кровотечі; тромбоз мезентеріальних судин; абсцеси черевної порожнини.

п. 4.2.2.7. Хвороби сечостатевої системи: гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної допомоги); гостра ниркова недостатність; ниркова колька; гостра затримка сечі.

п. 4.2.2.8. Гостра акушерсько-гінекологічна патологія: гостре запалення органів жіночої статеві сфери (стан, що потребує екстреної допомоги); кровотечі із статевих шляхів; інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій.

п. 4.2.2.9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів: гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів тощо (стан, що потребує екстреної допомоги).

п. 4.2.2.10. Симптоми, ознаки та неточно зазначені стани: кома; ступор; судоми; шок (будь-якої етіології); асфіксія; кровотечі.

п. 4.2.2.11. Травми та отруєння різної етіології: переломи кісток черепа; переломи хребта та кісток тулуба; переломи

кісток верхньої та нижньої кінцівки; ураження суглобів та м'язів; внутрічерепні травми; травми внутрішніх органів; ураження голови, шиї і тулуба; ураження верхньої та нижньої кінцівки; ураження кровоносних судин, що загрожують життю; опіки; відмороження; теплові та сонячні удари, що потребують госпіталізації; отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного);

4.2.3. інші стани, що потребують екстреної медичної допомоги (до встановлення діагнозу).

5. В разі настання страхового випадку Страховик зобов'язується виплатити страхове відшкодування в розмірі:

5.1. **за нещасним випадком** – Застрахованій особі або її законному спадкоємцю:

5.1.1. у випадку травматичних ушкоджень Застрахованої особи внаслідок нещасних випадків – згідно з «**Таблицею розмірів страхових виплат в разі настання травматичних або інших тілесних ушкоджень Застрахованої особи**» (Додаток 2 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків Страховика).

5.1.2. у випадку встановлення інвалідності:

за 1 групу інвалідності - 80% страхової суми за даним ризиком;

за 2 групу інвалідності - 60% страхової суми за даним ризиком;

за 3 групу інвалідності - 40% страхової суми за даним ризиком;

«дитина-інвалід» - 60% страхової суми за даним ризиком;

«дитина-інвалід підгрупи А» - 90% страхової суми за даним ризиком.

5.1.3. у випадку смерті Застрахованої особи — 100% страхової суми за даним ризиком.

5.2. **за захворюванням:**

5.2.1. медичному закладу, на підставі документів медичного закладу та Асистуючої компанії, але не більше страхової суми за даним ризиком;

5.2.2. у разі самостійної сплати Страхувальником (Застрахованою особою або третіми особами) одержаних Застрахованою особою медичних послуг, страхова виплата здійснюється особі, яка понесла такі витрати на підставі документів, зазначених у п. 13. цього Договору страхування.

5.3. загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму за даним ризиком.

6. Страховик має право:

6.1.1. подавати запити у компетентні органи щодо отримання відповідних документів та інформації, які підтверджують факт та причину настання страхового випадку; вимагати для уточнення діагнозу додаткові медичні документи; відстрочити страхову виплату до з'ясування обставин настання страхового випадку на термін, що не може перевищувати 6 (шість) місяців;

6.1.2. відмовити у страховій виплаті згідно умов цього Договору страхування;

6.1.3. достроково припинити дію Договору страхування.

7. Страховик зобов'язаний:

7.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

7.1.2. здійснити страхову виплату за умов настання страхового випадку згідно з умовами цього Договору страхування;

7.1.3. тримати в таємниці відомості про Страхувальника та Застраховану особу, одержані при укладанні Договору страхування та впродовж його дії, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8. Страхувальник має право:

8.1.1. достроково припинити дію Договору страхування згідно умов цього Договору страхування;

8.1.2. вимагати від Страховика виконання умов Договору страхування;

9. Страхувальник зобов'язаний:

9.1.1. при укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

9.1.2. повідомити Страховика про зміни, які впливають на характер ризику, що сталися після укладання Договору страхування;

9.1.3. вживати в межах своєї компетенції заходи по усуненню шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованої Особи;

9.1.4. ознайомити Застрахованих Осіб з умовами страхування.

9.2. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування відносно себе, то він одночасно є Застрахованою особою.

10. Застрахована особа має право:

10.1.1. на отримання медичної допомоги та страхової виплати при настанні страхового випадку згідно з умовами Договору;

10.1.2. вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин відмови у здійсненні медичної допомоги або страхової виплати.

11. Застрахована особа зобов'язана:

11.1.1. дотримуватись під час лікування призначень лікарів, розпорядку, встановленого у медичному закладі;

11.1.2. при настанні страхового випадку негайно сповістити Асистуючу компанію у спосіб та терміни передбачені Договором страхування.

12. Дії Сторін при настанні страхового випадку.

12.1. У разі настання події, що передбачена Договором страхування, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана терміново повідомити про подію Асистуючу компанію, за телефонами, що вказані в Договорі страхування. У випадку неможливості термінового дзвінка в Асистуючу компанію, Страхувальник/ Застрахована особа повинна при першій можливості, не пізніше 24 годин з моменту настання випадку звернутися до Асистуючої компанії і повідомити про страховий випадок.

12.2. Якщо Страхувальник/Застрахована особа самостійно не може повідомити про подію, що відбулась, Асистуючу компанію, це може зробити інша особа (керівник туристичної групи, працівник медичного закладу, тощо) або Застрахована особа, як тільки у неї з'явиться така можливість, але не пізніше 24 годин з моменту, коли така можливість з'явилась.

12.2.1. Страхувальник/Застрахована особа повинна повідомити Асистуючій компанії наступну інформацію:

- ✓ Страховик: ПАТ СК "Кий Авіа Гарант";
- ✓ прізвище Застрахованої особи, з якою стався страховий випадок;
- ✓ серію та номер Договору страхування;
- ✓ строк дії Договору страхування;
- ✓ характер події, що сталася;
- ✓ адресу знаходження і контактний телефон Застрахованої особи.

12.3. Страхувальник/Застрахована особа повинна узгодити з Асистуючою компанією усі свої дії пов'язані з отриманням медичної допомоги на території та під час дії цього Договору страхування і надалі неухильно дотримуватись рекомендацій Асистуючої компанії.

12.4. Після отримання інформації, Асистуюча компанія організовує надання Застрахованій особі необхідних медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, а також робить оплату витрат відповідно до укладеного Договору страхування. У випадках неможливості сплати перелічених послуг Асистуючою компанією, передбачається сплата наданих послуг та медичних препаратів Страхувальником /Застрахованою особою самостійно після організації допомоги Асистуючою компанією. В цьому випадку страхова виплата буде здійснена Страховиком після надання всіх необхідних документів, передбачених Договором страхування, Страховику в терміни передбачені Договором страхування.

12.5. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний дозволити вільний доступ лікарям-експертам, які призначені Страховиком чи його уповноваженими представниками, до Застрахованої особи з метою здійснення контролю за станом її здоров'я. Якщо вказана умова не виконується, то страхове відшкодування за надані, в цьому випадку послуги, не сплачується.

12.6. Оплата медичних послуг, пов'язана з наданням стаціонарної допомоги, здійснюється Асистуючою компанією за дорученням Страховика. Якщо при стаціонарному лікуванні Застрахований не звернувся до Асистансу Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

12.7. Застрахована особа не може відмовитись від пропозиції Асистуючої та/чи Страхової компанії щодо переведення в лікарняний заклад рекомендований Страховиком для подальшого лікування з того моменту, коли лікар визначає, що стан здоров'я Застрахованого дозволяє йому самому, чи у супроводі іншої особи, здійснити такий перевід Застрахованої особи. У випадку відмови Застрахованої особи від такої пропозиції Асистуючої та/чи Страхової компанії, Страховик залишає за собою право відмови у виплаті або може відшкодувати понесені витрати частково.

12.8. У випадку звернення Страхувальника/Застрахованої особи до медичного закладу без узгодження з Асистуючою компанією, Страховик не несе відповідальності за рівень медичного обслуговування та розмір збитків, що виникли. При зверненні Страхувальника або Застрахованої особи за відшкодуванням, Страховик залишає за собою право відмови у виплаті або може відшкодувати понесені витрати частково.

13. Для проведення виплати Застрахована особа, або Вигодонабувач, у будь-якому випадку повинен надати наступні документи: оригінал полісу, заяву на виплату страхового відшкодування, паспорт або інший документ, що посвідчує особу Застрахованого (Вигодонабувача), довідку з медичного закладу щодо амбулаторного/стаціонарного лікування. У разі захворювання, також – рахунок та акт виконаних робіт з медичного закладу, рецепти на отримані медикаменти, сплачені чеки. У разі нещасного випадку додатково - довідку про нещасний випадок, лікарняний лист, довідку МСЕК про встановлення інвалідності Застрахованій особі, свідоцтво про смерть Застрахованої особи (у випадку смерті), лікарське свідоцтво про смерть, документ, що посвідчує право на спадщину, або інші документи, що необхідні для об'єктивного розгляду події.

14. Рішення про сплату страхового відшкодування приймається протягом 15 робочих днів після отримання усіх належно оформлених документів, які підтверджують настання страхового випадку. Страхове відшкодування виплачується у строк, протягом 15 робочих днів після прийняття рішення про виплату. Про відмову у страховій виплаті Страховик повідомляє Застраховану особу (Вигодонабувача) у письмовій формі протягом 10 робочих днів з дня прийняття рішення про відмову.

15. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхового відшкодування є:

- 15.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку;
- 15.2. захворювання та наслідки нещасного випадку, що виникли в результаті участі у протиправних діях;
- 15.3. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
- 15.4. ненадання необхідних документів, що підтверджують причину і обставини настання захворювання або нещасного випадку;
- 15.5. захворювання, травми та отруєння, які виникли в результаті: вживання алкогольних, наркотичних та токсичних речовин; навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубства або спроби самогубства;
- 15.6. діагностування та лікування, яке не було призначене лікарем, лікування методами нетрадиційної медицини;
- 15.7. медичні послуги, надані Застрахованій особі поза межами місця дії Договору та в медичних закладах, не передбачених умовами Договору;
- 15.8. захворювання та стани, що не потребують екстреної медичної допомоги (підвищенням температури тіла з кашлем, нежиттю, болем у горлі; головним болем, запамороченням, слабкістю; болем у попереку, суглобах (радикуліт, остеохондроз, артрит, артроз та ін.); підвищенням артеріального тиску; больовим синдромом у онкологічних хворих,

загостренням хронічних захворювань у пацієнтів, що перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунку і дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишечника, хвороби нирок, суглобів тощо);

15.9. придбання медикаментів, дія яких не направлена на надання екстреної медичної допомоги, матеріалів для алло - і ксенопластики, дезінфікуючих засобів (окрім засобів для дезінфекції рук та ран), багаторазових медичних інструментів та медичного приладдя для оперативного лікування, предметів гігієни та догляду; медичних виробів та витратних матеріалів; медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України або що не мають реєстрації на території України;

15.10. заняття Застрахованою особою будь-яким видом спорту на професійному або аматорському рівні або зайняття спортом підвищеного ризику або екстремальними видами спорту, якщо це не передбачено умовами Договору страхування;

15.11. понесення Страхувальником/Застрахованою особою витрат, не передбачених умовами Договору страхування, в тому числі, але не обмежуючись, тестуванням на COVID-19 (відмінне від тестування в обсерваторії) та амбулаторне лікування COVID-19;

15.12. понесення витрат на медичне спостереження в обсерваторії та тестування на COVID-19 під час перебування в обсерваторії, якщо в Договорі страхування відсутня відмітка про покриття витрат на обсервацію;

15.13. Страховик звільняється від здійснення виплати Страхового відшкодування, якщо Страхувальник (Застрахована Особа) не виконав вимоги цього Договору страхування;

15.14. інші випадки, передбачені Правилами страхування і чинним законодавством України.

16. Страховик не несе відповідальності при настанні страхових випадків, що сталися внаслідок надзвичайних військових та особливих станів, антитерористичних операцій, операцій об'єднаних сил, впливу ядерної енергії, природних катаклізмів; під час служби Застрахованої особи в збройних силах (строкова, за контрактом тощо).

17. Не приймаються на страхування інваліди 1 та 2 груп.

18. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадку:

18.1. закінчення строку дії; виконання Страховиком зобов'язань в повному обсязі;

18.2. смерті Застрахованої особи (при страхуванні групи осіб Договір страхування припиняє свою дію тільки по відношенню до померлої Застрахованої особи);

18.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України „Про страхування”;

18.4. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

18.5. в інших випадках, передбачених законодавством України.

19. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового платежу по договору страхування, та фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

20. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового платежу по договору страхування, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

21. При несвоєчасній виплаті страхового відшкодування Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Вигодонабувачу пені у розмірі подвійної облікової ставки НБУ за кожний день прострочки сплати платежу.

22. Всі питання, що не обумовлені цим Договором страхування регулюються „Правилами добровільного медичного страхування” та „Правилами добровільного страхування від нещасних випадків” Страховика та чинним законодавством України.

23. У випадку розбіжності трактувань української та англійської версії цього Додатку, пріоритетним вважається українська версія Додатку.