ПРОВІДНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ

ПУБЛІЧНА ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА) НА УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ "STOP.CORONA"

PUBLIC OFFER TO ENTER INTO THE ELECTRONIC AGREEMENT FOR VOLUNTARY INSURANCE OF MEDICAL COSTS "STOP.CORONA"

ЧАСТИНА 2
Part 2

Дана Публічна пропозиція (Оферта) є офіційною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПРОВІДНА», код ЄДРПОУ - 23510137 (далі – СТРАХОВИК), до невизначеного кола споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Страхувальники) укласти із Страховиком електронний Договір добровільного страхування медичних витрат "STOP.CORONA" (далі – Договір страхування або Договір) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат № 12101 від 07.05.2018 р. (надалі – Правила), ліцензія серії АВ № 520919 від 16.02.2010 р., із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на сайті www.providna.ua.
Адреса Страховика – місцезнаходження: 03049, м. Київ, Повітрофлотський пр-т, 25;
адреса для звернень: 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122.

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.
ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа - громадянин іноземної держави віком до 70 років, на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
ВИГОДОНАБУВАЧ – згідно Законодавства України.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій Публічній пропозиції (Оферті) умов добровільного страхування медичних витрат "STOP.CORONA" (надалі – Умови).
1.2. Укладення Договору здійснюється на підставі даної Публічної пропозиції (Оферти), що розміщується на сайті Страховика www.providna.ua та його страхових агентів.
1.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Публічної пропозиції (Оферти) Страхувальником вважається заповнення електронної заяви на укладення Договору та підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним.
1.4. Акцепт даної Публічної пропозиції (Оферти) може бути здійснено Страхувальником із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).
1.5. Заповненням електронної заяви про укладення Договору Страхувальник узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору та інше.
1.6. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї Публічної пропозиції (Оферти) укладуть Договір за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та його страхових агентів, він вважається укладеним у електронній формі.
1.7. Факт укладення Договору посвідчується електронним договором добровільного страхування медичних витрат "STOP.CORONA" (надалі Договір), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у Заяві на укладення Договору.
1.8. Договір направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страховика або страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Договору та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).
1.9. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.
1.10. Сторони узгодили, що Договір, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика, зразок яких відображено у п. 11. Умов цієї Публічної пропозиції (Оферти).
1.11. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника.
1.12. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Закону України «Про страхування» та іншим нормативним актам.
1.13. Договір складається з двох невід'ємних частин:
1.13.1. Електронний договір добровільного страхування медичних витрат "STOP.CORONA", що заповнюється та підписується Страховиком та Страхувальником (далі – Частина 1 Договору);
1.13.2. Публічна пропозиція (Оферта) на укладання електронного договору добровільного страхування медичних витрат "STOP.CORONA" (далі – Частина 2 Договору);
1.14. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил застосовуються умови, визначені Договором.
1.15. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.
1.16. Сторони Договору не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними і додатковими витратами Застрахованої особи, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення Застрахованою особою подорожі (поїздки) на території України.

3. ПЕРЕЛІК ТА ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховими ризиками є розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострої респіраторної інфекції, викликаної коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19) та підтвердженої результатами генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК), яка була проведена в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не менше 2, а також понесення документально підтверджених витрат на виконання вимог компетентних органів України щодо обсервації Застрахованої особи у зв'язку з COVID-19.
3.2. Страховим випадком є подія, а саме: гостра респіраторна інфекція, викликана коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19), яка підтверджена результатами генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) державної сертифікованої лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го, що сталася протягом строку дії Договору (дії страхового захисту за Договором), внаслідок якої Застрахована особа несе витрати на отримання медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг, передбачених Договором, і в результаті чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Страхувальникові (Застрахованій особі), згідно з умовами Договору, щодо покриття витрат на:
3.2.1. діагностування коронавірусу SARS-CoV-2 (COVID-19);
3.2.2. лікування коронавірусу SARS-CoV-2 (COVID-19);
3.2.3. обов'язкову обсервацію Застрахованої особи з метою запобігання поширення коронавірусу SARS-CoV-2(COVID-19) після перетину нею державного кордону України.
3.3. Страховик відшкодовує вартість лише офіційно наданих платних медичних та інших послуг, згідно з документами, що підтверджують оплату наданих послуг.
3.4. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує витрати щодо отримання медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), наданих Застрахованій особі в межах страхової суми (лімітів відповідальності) відповідно до таких опцій страхування:
3.4.1. «Стаціонарне лікування» передбачає екстрене лікування, в тому числі перебування та харчування у палаті стандартного типу в умовах стаціонару за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування до моменту, коли стан Застрахованої особи, за рішенням лікуючого лікаря та (або) за погодженням зі Страховиком, дозволить виписати її зі стаціонару і включає:
– консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
– проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;
– консервативне лікування;
– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.
Якщо рахунок за надані медичні послуги у разі стаціонарного лікування, в тому числі містить оплату послуг, що є виключенням або обмеженням страхування, зазначеними у п.4 Договору, та рахунок не містить зазначення вартості щодо кожної медичної послуги, які були надані медичним закладом, ліміт відшкодування складає 50% від вартості медичних послуг за таким рахунком.
3.4.2. «Амбулаторне лікування» передбачає екстрене лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, і включає:
– консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
– проведення лабораторних досліджень та інструментальних методів діагностики в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу;
– консервативне лікування;
– проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;

This Public Offer is a formal proposal of PRIVATE JOINT STOCK COMPANY PROVIDNA INSURANCE COMPANY, identification code 23510137 (hereinafter referred to as the INSURER), to an indefinite range of consumers - capable individuals (hereinafter referred to as the Insureds) to enter into the electronic Agreement for Voluntary Insurance of Medical Costs "STOP.CORONA" with the Insurer (hereinafter referred to as the Insurance Agreement or Agreement) using the Insurer's information and telecommunications system in accordance with the Rules of Medical Costs Voluntary Insurance No. 12101 dd. 07.05.2018 (hereinafter referred to as the Rules), license series AB No. 520919 dd. 16.02.2010, in compliance with the requirements of the Laws of Ukraine "On Insurance", "On Electronic Documents and Electronic Document Management", "On Electronic Digital Signature" and "On Electronic Commerce". The Insurance Rules are posted on the website www.providna.ua.
Insurer's address – location: 25 Povitroflotskyi Ave., Kyiv, 03049;
contact address: 37/122 T. Shevchenka Ave., Kyiv 01032.

INSURED – capable individual who has entered into an Agreement with the Insurer.
INSURED PERSON – individual - citizen of a foreign state under the age of 70, in whose favor the Insured has concluded the Agreement with the Insurer and who may acquire the rights and obligations of the Insured under the Insurance Agreement.
BENEFICIARY – under the legislation of Ukraine.

1. GENERAL PROVISIONS

1.1. Insurance shall be carried out in accordance with the Insurance Rules and terms of voluntary insurance of medical costs "STOP.CORONA" as set out in this Public Offer.
1.2. The Agreement shall be concluded on the basis of this Public Offer as posted on the website of the Insurer www.providna.ua and its insurance agents.
1.3. In accordance with Article 11 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", unconditional acceptance of the terms of this Public Offer by the Insured shall be the completion of an electronic application to enter into the Agreement and signing the electronic agreement using an electronic signature by sending a unique identifier by the Insurer or its insurance agent on the Insured's mobile phone or e-mail and entry of the received one-time identifier by the Insured in ITS of the Insurer or its insurance agent. Completion of the electronic application by the Insured shall not oblige it to conclude the Agreement, in the absence of the Insured's electronic signature with one-time identifier, the Agreement shall be deemed void.
1.4. The Insured may accept this Public Offer by using banking ITS, which have proven themselves as reliable and secure in the market of electronic banking services (Privat24, Oschad 24/7 etc.).
1.5. By completing the electronic application to enter into the Agreement, the Insured approves all essential terms of the Agreement provided for in Article 16 of the Law of Ukraine "On Insurance", including the subject of insurance, the insured amount, the list of insured events, the amount of insurance premiums and the procedure for their payment, the term of the Agreement, etc.
1.6. If the Insurer and the Insured enter into the Agreement on the basis of this Public Offer through the information and telecommunication system of the Insurer and its insurance agents, it shall be deemed concluded in electronic form.
1.7. The fact of concluding the Agreement shall be certified by the electronic Agreement for Voluntary Insurance of Medical Costs "STOP.CORONA" (hereinafter referred to as the Agreement) created in electronic form on the basis of data provided by the Insured in the Application to enter into the Agreement.
1.8. The Agreement shall be sent to the Insured at their e-mail address or through communication channels of the Insurer or insurance agent. The date, time, procedure and fact of sending and receiving a one-time identifier by the Insured, entering it in the ITS, sending the Agreement and its annexes, as well as notice by e-mail shall be recorded by the Insurer (insurance agent) in the electronic database of the Insurer (insurance agent).
1.9. The Parties have agreed that sending the Agreement and e-mail to the Insured's e-mail address shall be deemed proper delivery of the Agreement/notice to the Insured. The Parties undertake to reproduce the Agreement on paper, if necessary. Upon written request of one Party, the Agreement shall be made in writing within 5 (five) business days from the date of receiving such request and shall be signed and affixed with each Party's seal (if any).
1.10. The Parties agree that the Agreement sent to the Insured at their e-mail address may be signed by the Insurer using facsimile reproduction by mechanical, electronic or other copying of signature of a person authorized to sign such agreements on behalf of the Insurer, as well as the Insurer's seal, a sample of which is shown in clause 11. of the Terms of this Public Offer.
1.11. The Insurer reserves the right to refuse insuring a risk without explanation. The Insurer's refusal of insuring the risk shall be the fact that the Insurer or its insurance agent do not send a one-time identifier to the Insured's mobile phone or e-mail.
1.12. The quality of services provided under the Insurance Agreement shall comply with the requirements of the Law of Ukraine "On Insurance" and other regulations.
1.13. The Agreement consists of two integral parts:
1.13.1. the electronic Agreement for Voluntary Insurance of Medical Costs "STOP.CORONA" to be completed and signed by the Insurer and Insured (hereinafter referred to as Part 1 of the Agreement);
1.13.2. the Public Offer to enter into the electronic Agreement for Voluntary Insurance of Medical Costs "STOP.CORONA" (hereinafter referred to as Part 2 of the Agreement);
1.14. In case of discrepancies between the provisions of the Agreement and the Rules, the terms of the Agreement shall prevail.
1.15. Any terms not covered by this Agreement shall be governed by the applicable laws of Ukraine.
1.16. The Parties to the Agreement may not assign their rights and (or) obligations under this Agreement without written consent of the other Party.

2. SCOPE OF AGREEMENT

The subject of the Agreement is property interests that do not contradict the law and are related to the life and health of the Insured Person, as well as medical and additional costs of the Insured Person, which are directly related to the insured event during the Insured Person's travel (trip) within the territory of Ukraine.

3. LIST AND DEFINITION OF INSURED EVENTS

3.1. Insurance risks shall be health disorder of an Insured Person caused by є acute respiratory infection caused by the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), as confirmed by the results of gene diagnostics (PCR-diagnosis of viral RNA) performed by a state certified laboratory with a minimum accreditation level 2, as well as incurring documented costs for compliance with the requirements of competent authorities of Ukraine regarding the observation of the Insured Person in connection with COVID-19.
3.2. The insured event shall be an event, namely: acute respiratory infection caused by the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), as confirmed by the results of gene diagnostics (PCR-diagnosis of viral RNA) performed by a state certified laboratory with a minimum accreditation level 2, which occurred during the term of the Agreement (validity of insurance coverage under the Agreement), as a result of which the Insured Person bears the costs of medical care, medical and (or) additional services envisaged by the Agreement and which gives rise to the Insurer's obligation to pay insurance indemnity to the Insured (Insured Person) under the terms of the Agreement in order to cover the costs of:
3.2.1. diagnosing the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19);
3.2.2. treating the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19);
3.2.3. mandatory observation of the Insured Person in order to prevent the spread of the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) after the Insured Person has crossed the state border of Ukraine.
3.3. The Insurer shall reimburse only the cost of formal paid medical and other services according to documents confirming payment for the services provided.
3.4. Upon occurrence of an insured event, the Insurer shall reimburse the costs of medical care, medical and other services (including medicines) provided to the Insured Person within the insured amount (limits of liability) in accordance with the following insurance options:
3.4.1. "Inpatient treatment" involves emergency treatment, including stay and boarding in a standard inpatient ward in the presence of diseases and conditions requiring inpatient treatment until the condition of the Insured Person, at the discretion of the attending physician and (or) in agreement with the Insurer, allows his/her discharge from the hospital and includes:
– consultations and other professional services of medical staff, including doctors of niche specializations;
– laboratory tests and instrumental methods of diagnosis to an extent necessary to set the diagnosis;
– conservative treatment;
– provision of medicines and medical supplies.
If the invoice for medical services provided in the case of inpatient treatment, including payment for services that are an exception or limitation of insurance specified in clause 4 of the Agreement, and the invoice does not contain the cost of each medical service provided by the medical facility, the limit of indemnity shall be 50% of the cost of medical services under such invoice.
3.4.2. "Outpatient treatment" involves emergency treatment in outpatient setting, in polyclinics and includes:
– consultations and other professional services of medical staff, including doctors of niche specializations;
– laboratory tests and instrumental methods of diagnosis to an extent necessary to set the diagnosis;
– conservative treatment;
– treatment actions and manipulations;
– provision of medicines and medical supplies within the limit of liability of UAH 1,000 per insured event.
3.4.3. "Emergency care" involves emergency medical care provided to the Insured Person on medical grounds as a result of an event specified in clause 3.2 of Part 2 of the Agreement and includes:
– arrival of an emergency medical team;

– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами в межах ліміту відповідальності 1 000 грн. на один страховий випадок.

3.4.3. «Невідкладна допомога» передбачає невідкладну медичну допомогу, надану Застрахованій особі за медичними показниками внаслідок події, зазначеної у п. 3.2 Частини 2 Договору, і включає:
– виїзд бригади невідкладної медичної допомоги;
– експрес-діагностику та невідкладну допомогу до госпіталізації;
– забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
– транспортування автомобілем невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування та/або госпіталізації.
Невідкладна допомога – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 12 (дванадцять) годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

3.4.4. Відшкодування витрат на обов'язкову обсервацію Застрахованої особи на вимогу компетентних органів України. Витрати на обов'язкову обсервацію відшкодовуються в межах ліміту відповідальності Страховика, а саме: не більше 500 грн./день та не більше 14 днів.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. ***Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату в разі, якщо:***

4.1.1. страхова подія відбулася до початку дії Договору страхування;
4.1.2. інфікування Застрахованої особи COVID-19 відбулося до початку дії страхового захисту;
4.1.3. у Застрахованої особи було встановлено лабораторно підтверджене інфікування COVID-19 в країні постійного проживання протягом 14 днів до початку подорожі;
4.1.4. якщо термін обсервації перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів;
4.1.5. до укладення Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) знав або повинен був знати про невідворотність настання страхового випадку (віднесення місця постійного проживання Застрахованої особи до списку країн, щодо яких встановлено вимогу про обов'язкову обсервацію, наявність характерних ознак захворювання до моменту укладення договору, і тому подібне).

4.2. ***Страховик не відшкодовує витрати на:***

4.2.1. будь-яке тестування на COVID-19 при відсутності загрози життю Застрахованої особи та / або призначення лікаря та / або якщо таке тестування проведене не в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня;
4.2.2. витрати на лікування, обсервацію Застрахованих осіб при відсутності рекомендацій відповідних компетентних органів України по відношенню до конкретних Застрахованих осіб, зазначених в цьому Договорі;
4.2.3. витрати, що перевищують встановлені Договором ліміти відповідальності або страхову суму;
4.2.4. витрати пов'язані з наслідками хвороби на COVID-19, якою Застрахована особа захворіла поза строком і місцем дії даного Договору;
4.2.5. витрати на лікування лабораторно підтвердженого захворювання COVID-19 в клініках, які не акредитовані відповідними компетентними органами України як ті, що мають інфекційне відділення і можуть надавати медичну допомогу при захворюванні COVID-19;
4.2.6. витрати, пов'язані з діагностикою, лікуванням та / або обсервацією в разі якщо Застрахована особа порушила правила особистої гігієни, особистої безпеки та правила поведінки в зонах відпочинку, в тому числі рекомендовані Страховиком, туристичним оператором та інструкції працівників баз розміщення (готелі, пляжі і т.д.);
4.2.7. витрати, пов'язані з лікуванням будь-якої хвороби або стану, окрім COVID-19;
4.2.8. витрати, пов'язані з лікуванням гострої респіраторної інфекції, викликаної коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19), якщо діагноз не підтверджено методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в державній сертифікованій лабораторії не нижче 2-го рівня акредитації;
4.2.9. витрати, пов'язані з лікуванням хвороби, діагноз якої вказано не у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду;
4.2.10. витрати на обсервацію, необхідність якої не пов'язана з COVID-19.

4.3. Страховик не відшкодовує медичні витрати пов'язані з лікуванням COVID-19, якщо Застрахована особа не перебувала на території дії договору страхування.

4.4. Страховик не відшкодовує витрати на платне лікування в медичній установі або перебування на обсервації, а також будь-які додаткові витрати, які надаються Застрахованій особі безкоштовно або компенсуються третіми особами;

4.5. На страхування не приймається особа, яка на момент укладення Договору хворіє на ревматизм, вади серця, гепатит В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефритом, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсією, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренією та іншими), венеричні захворювання, СНІД, ВІЛ-інфекцію, алкоголізм, захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами.

4.6. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода, витрати, не передбачені цим Договором тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, окрім тестування на COVID-19 методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) в сертифікованій державній лабораторії з рівнем акредитації не нижче 2-го рівня, по результаті якого виявлено гостру респіраторну інфекцію, викликану коронавірусом SARS-CoV-2 (COVID-19).

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

5.1. ***Страхувальник (Застрахована особа) має право:***

5.1.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами, отримувати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов Договору;
5.1.2. Звертатися до Страховика для отримання інструкцій щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;
5.1.3. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату (виплату страхового відшкодування) в обсязі та на умовах, передбачених Договором;
5.1.4. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;
5.1.5. Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, для чого звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату;
5.1.6. Оскаржити відмову Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або її розмір у судовому порядку.

5.2. ***Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:***

5.2.1. При укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
5.2.2. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та строки, обумовлені в Договорі;
5.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору;
5.2.4. Не допускати дій або бездіяльності щодо чинників, настання яких має вплив на ступінь страхового ризику (в тому числі свідомо не створювати ризику втрати чи заподіяння шкоди власному здоров'ю та (або) здоров'ю інших Застрахованих осіб, в тому числі дітей, які подорожують разом з ним, або інших осіб, якими він опікується), а у разі їхнього виникнення вживати всіх необхідних заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;
5.2.5. Вживати всіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку, в тому числі виконувати рекомендації лікарів;
5.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором, та діяти згідно з розділом 6 Частини 2 Договору;
5.2.7. Зберігати Договір та додатки до нього у разі їхньої наявності і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги, медичних та (або) додаткових послуг;
5.2.8. В разі дострокового припинення дії Договору повернути Страховикові примірник Договору, що належить Страхувальникові;
5.2.9. Виконувати взяті на себе зобов'язання відповідно до умов Договору;
5.2.10. Якщо після здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування), повернути Страховику виплачену страхову виплату (страхове відшкодування) протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

5.3. ***Страхувальник зобов'язаний*** при укладенні Договору на користь іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

5.4. ***Страховик має право:***

5.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору, у будь-який момент його дії;
5.4.2. У разі збільшення ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити його дію відповідно до умов Договору;
5.4.3. Ініціювати внесення змін до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору згідно з цим Договором;
5.4.4. Робити запити для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, пов'язаних із настанням події (в т.ч. тієї, яка є лікарською таємницею), яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ і організацій, що можуть володіти такою інформацією, з метою отримання відповідних документів;
5.4.5. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку або розміру збитку, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;
5.4.6. Відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або про відмову у здійсненні виплати у випадках, передбачених цим Договором;
5.4.7. Вимагати від Страхувальника повернення виплаченої страхової виплати (виплати страхового відшкодування) якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника

– express diagnostics and emergency care prior to hospitalization;
– provision of medicines and medical supplies;
– transportation by ambulance to a specialized medical facility for further treatment and/or hospitalization.
Emergency care is medical care provided in life-threatening conditions and requiring emergency medical care in the first 12 (twelve) hours after the onset (exacerbation) of the disease, where failure to provide such care within 24 (twenty four) hours will cause severe fatal complications.

3.4.4. Reimbursement of costs for mandatory observation of the Insured Person at the request of competent authorities of Ukraine. Costs of mandatory observation shall be reimbursed within the Insurer's limit of liability, namely not more than UAH 500/day and not more than 14 days.

4. EXCLUSION FROM INSURED EVENTS. INSURANCE RESTRICTIONS

4.1. ***The Insurer shall be released from the obligation to pay the insurance indemnity, if:***

4.1.1. the insured event occurred before the effective date of the Insurance Agreement;
4.1.2. the Insured Person contracted COVID-19 before the effective date of the insurance coverage;
4.1.3. the Insured Person was diagnosed with laboratory-confirmed COVID-19 infection in the country of permanent residence within 14 days before the start of the trip;
4.1.4. the observation period exceeds 14 (fourteen) calendar days;
4.1.5. Prior to the conclusion of the Insurance Agreement, the Insured (Insured Person) knew or should have known about the inevitability of the insured event (inclusion of the place of permanent residence of the Insured Person to the list of countries subject to the requirement for mandatory observation; presence of characteristic signs of the disease before the conclusion of the Agreement, etc.).

4.2. ***The Insurer shall not reimburse costs of:***

4.2.1. any testing for COVID-19 in the absence of threat to the Insured Person's life and/or a doctor's prescription and/or if such testing is not performed in a certified state laboratory with a minimum accreditation level 2;
4.2.2. costs of treatment, observation of the Insured Persons in the absence of recommendations of the relevant competent authorities of Ukraine in relation to specific Insured Persons indicated in this Agreement;
4.2.3. costs that exceed the limits of liability or the insured amount specified by the Agreement;
4.2.4. costs related to the consequences of COVID-19, which the Insured Person contracted outside the term and territory of this Agreement;
4.2.5. costs of treatment of laboratory-confirmed COVID-19 case in clinics not accredited by the relevant competent authorities of Ukraine as having an infectious disease unit and that can provide medical care for COVID-19;
4.2.6. costs related to diagnosis, treatment and/or observation, if the Insured Person violates the rules of personal hygiene, personal safety and rules of conduct in recreation areas, including those recommended by the Insurer, tour operator and instructions of staff of accommodation facilities (hotels, beaches and etc.);
4.2.7. costs associated with the treatment of any disease or condition other than COVID-19;
4.2.8. costs associated with the treatment of acute respiratory infection caused by the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), if the diagnosis is not confirmed by gene diagnostics (PCR-diagnosis of viral RNA) in a state certified laboratory with a minimum accreditation level 2;
4.2.9. costs associated with the treatment of a disease diagnosed not in accordance with the International Classification of Diseases, 10th edition;
4.2.10. costs of observation, the need for which is not related to COVID-19.

4.3. The Insurer shall not reimburse medical costs related to the treatment of COVID-19, if the Insured Person was not in the territory of the Insurance Agreement.

4.4. The Insurer shall not reimburse the costs of paid treatment in a medical facility or observation, as well as any additional costs provided to the Insured Person free of charge or reimbursed by third parties;

4.5. A person shall not be accepted for insurance, if at the time of entering into the Agreement he/she has rheumatism, heart disease, hepatitis B or C, liver cirrhosis, tuberculosis, diabetes, glomerulonephritis, chronic renal failure, meningitis, encephalitis, multiple sclerosis, epilepsy, parkinsonism, malignancies (tumors, cancer, leukemia), mental illness (schizophrenia etc.), sexually transmitted diseases, AIDS, HIV, alcoholism, diseases caused by alcohol abuse, drugs, toxic substances.

4.6. Any cases of indirect damages, in particular, services of an interpreter, non-pecuniary damage, penalty (fine), loss of profit, costs not covered by this Agreement, etc., as well as costs for obtaining documents proving the fact and circumstances of the insured event, except for testing for COVID-19 by gene diagnostic method (PCR-diagnosis of viral RNA) in a certified state laboratory with a minimum accreditation level 2, which identified acute respiratory infection caused by the coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) shall not be reimbursed under the Agreement.

5. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES, LIABILITY OF THE PARTIES

5.1. ***The Insured (Insured Person) shall be entitled:***

5.1.1. To review the terms of insurance and the Rules, receive from the Insurer any information relating to the terms of the Agreement;
5.1.2. To contact the Insurer for instructions on actions if an event can be considered an insured event;
5.1.3. In case of an insured event to receive an insurance indemnity in the amount and on the terms stipulated by the Agreement;
5.1.4. Initiate amendments and supplements to the terms of the Agreement and (or) early termination of the Agreement under the terms of the Agreement, subject to written notification of the Insurer on the reasons for such decision;
5.1.5. To receive a copy of the Agreement in case of its loss during the term of the Agreement, for which it shall file a corresponding written request to the Insurer;
5.1.6. To contest the Insurer's refusal to pay the insurance indemnity or the amount of payment in court.

5.2. ***The Insured (Insured Person) shall be obliged:***

5.2.1. When concluding the Agreement, to provide the Insurer with information on all known circumstances that are essential for assessing the extent of insurance risk, and further during the term of the Agreement to notify it of any change in the insurance risk;
5.2.2. To pay the insurance premium in a timely manner in the amount and within the terms stipulated by the Agreement;
5.2.3. To notify the Insurer of other current insurance agreements regarding the subject of this Agreement;
5.2.4. To refrain from actions or omissions on factors, the occurrence of which affects the extent of insurance risk (in particular, not to create deliberate risk of loss or harm to their health and (or) health of other Insured Persons, including children traveling together with them or other persons under their custody), and in case of their occurrence to take all necessary measures to eliminate the circumstances that increase the extent of insurance risk;
5.2.5. To use their best efforts to prevent and reduce the amount of damage caused by the insured event, including compliance with recommendations of doctors;
5.2.6. To notify the Insurer of occurrence of the insured event within the period stipulated by the Agreement and to act in accordance with Section 6 of Part 2 of the Agreement;
5.2.7. To retain the Agreement and its annexes, if any, and not to transfer them to other persons for the purpose of receiving medical care, medical and (or) additional services;
5.2.8. In case of early termination of the Agreement, to return to the Insurer a copy of the Agreement held by the Insured;
5.2.9. To comply with their obligations under the terms of the Agreement;
5.2.10. If a circumstance is identified after payment of the insurance indemnity under the Agreement, which completely or partially deprives the Insured Person (or Beneficiary) of the right to receive the insurance indemnity under the Agreement or applicable laws of Ukraine, to refund the insurance indemnity to the Insurer within 30 (thirty) business days from the date of receiving the relevant written request from the Insurer.

5.3. ***The Insured shall be obliged***, when concluding the Agreement in favor of another person (Insured Person), to notify him/her of the terms of the Agreement and obtain his/her consent to insurance, except as envisaged by the applicable laws of Ukraine.

5.4. ***The Insurer shall be entitled:***

5.4.1. To check the accuracy of the information provided to it by the Insured, to require provision of additional documents relevant for determining the extent of insured risk, as well as other documentation of the Insured (Insured Person) related to the Agreement at any time during the term of the Agreement;
5.4.2. In case of increase in the extent of insurance risk, to propose to the Insured to amend the terms of the Agreement, including payment of additional insurance indemnity, or terminate it in accordance with the terms of the Agreement;
5.4.3. To initiate amendments to the terms of the Agreement and (or) early termination of the Agreement in accordance with its terms;
5.4.4. To make inquiries to identify the fact, causes and circumstances of the insured event or the amount of damage associated with the occurrence of the event (including medical secret), which may be recognized as an insured event under the terms of the Agreement to competent authorities, enterprises, medical facilities and organizations that may have such information, in order to obtain the relevant documents;
5.4.5. To independently identify the causes and circumstances of the insured event, to request from the Insured (Insured Person) information necessary to identify the fact, causes and circumstances of the insured event or the amount of damage, including information that is commercial secret;
5.4.6. To refuse to pay the insurance indemnity or to postpone the decision to pay the insurance indemnity or deny it in the cases stipulated by this Agreement;
5.4.7. To require that the Insured refunds the insurance indemnity paid, if during the statutory period of limitation stipulated by the legislation of Ukraine, it becomes aware of new circumstances of the insured event that deprive the Insured (Insured Person) of the right to receive the insurance indemnity (in whole or in part) on the basis of the Agreement.

5.5. ***The Insurer shall be obliged:***

5.5.1. To notify the Insured of the terms of the Agreement and the Insurance Rules;
5.5.2. Within 2 (two) business days, as soon as the occurrence of the insured event becomes known, to take measures to draw up all the necessary documents for timely payment of the insurance indemnity;
5.5.3. Upon occurrence of an insured event, to pay the insurance indemnity within the term stipulated by the Agreement. The Insurer shall bear property liability for late payment of the insurance indemnity by paying the beneficiary a penalty (fine) in the amount of 0.01% of the arrears for each day of delay, but not more than 5%

(Застраховану особу) на підставі умов Договору права на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (повністю або частково).

5.5. ***Страховик зобов'язаний:***

5.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;

5.5.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування);

5.5.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) у передбачений умовами Договору строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальникові (Застрахованій особі) пені в розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості;

5.5.4. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи) у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір або внести зміни до його умов;

5.5.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом.

5.5.6. Виконувати прийняті на себе зобов'язання згідно з умовами Договору.

5.6. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

6. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ

6.1. У разі настання з Застрахованою особою події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа негайно, але не пізніше 24 годин з моменту розладу здоров'я, повинна звернутися до медичних закладів МОЗ України щодо консультації лікаря та діагностики захворювання.

6.2. В разі, якщо медичними установами МОЗ України, а саме державною сертифікованою лабораторією не нижче 2-го рівня акредитації, виявлено у Застрахованої особи методом генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК) коронавірусну інфекцію COVID-19, та / або уповноваженими органами встановлено вимогу про обов'язкову обсервацію, Застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту отримання позитивного результату на COVID-19 або повідомлення про обов'язкову обсервацію, повідомити Страховика та узгодити свої подальші дії.

6.3. Контакти Страховика для повідомлення про страховий випадок**: 0 800 50 45 45, +38 (044) 492-18-18.**

6.4. Після завершення лікування Страхувальник (Застрахована особа) протягом 30 днів подає пакет документів відповідно до п. 7 Договору для отримання відшкодування понесених витрат Застрахованою особою в межах лімітів, встановлених Договором.

7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ (ЗБИТКІВ)

7.1. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову здійснити виплату та визначення його розміру Страхувальник та/ або Застрахована особа (одержувач страхового відшкодування / страхової виплати) зобов'язаний надати Страховикові такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України:

7.1.1. Заяву про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

7.1.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальнику;

7.1.3. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати (відшкодування) та підтверджують її право на отримання страхової виплати (страхового відшкодування).

7.1.4. Копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати, та копію довідки державної податкової адміністрації про присвоєння Застрахованій особі ідентифікаційного номера. У разі отримання виплати довіреною особою Застрахованої особи – довіреності, яка видана Застрахованою особою і оформлена нею в установленому порядку, копії довідки державної податкової інспекції про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю.

7.2. Для відшкодування витрат, понесених у зв'язку з отриманням медичної допомоги, медичних послуг:

7.2.1. Довідку лікаря ЛПУ (виписку з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до ЛПУ, перелік наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

7.2.2. Фіскальний чек (в разі відсутності в ЛПУ касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), про сплату отриманих медичних та інших послуг;

7.2.3. Рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів додатково надається товарний чек);

7.2.4. У разі придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа додатково надає довідку лікаря, завірену печаткою ЛПУ, про відсутність в ЛПУ відповідних ліків, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування;

7.2.5. У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця (фізичної особи – СПД, суб'єкта господарювання), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а при звернені в будь-який лікувальний заклад приватної форми власності поза переліком Страховика - також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг, рекомендованих (призначених) Застрахованій особі;

7.3. Для відшкодування витрат, понесених у зв'язку із обсервацією:

7.3.1. Фіскальний чек (в разі відсутності касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), про сплату отриманих послуг;

7.3.2. рахунок та акт наданих послуг з зазначенням назви таких послуг;

7.3.3. Документ щодо обов'язкової обсервації Застрахованої особи у зв'язку з COVID-19, виданий уповноваженим органом України.

7.4. Зазначені у п.п. 7.1-7.3 Частини 2 Договору документи або визначені Страховиком залежно від характеру шкоди надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

7.5. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову її здійснити приймається після отримання документів, оформлених у належній формі та наданих у необхідному обсязі. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє в письмовій формі одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

7.6. Інші документи на обгрунтовану вимогу Страховика, необхідні для розрахунку розміру страхової виплати, прийняття рішення про здійснення виплати або про відмову здійснити виплату.

7.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір шкоди і які повинні бути надані Страховикові.

7.8. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати) в гривнях на рахунок, відкритий в банківській установі України.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

8.1. Страховик здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування) згідно з умовами Договору на підставі письмової заяви Страхувальника або іншої особи, яка має право на одержання страхової виплати (виплати страхового відшкодування), про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) та страхового акта, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком.

8.2. З метою прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Застрахована особа (одержувач страхової виплати/ страхового відшкодування) повинна надати Страховикові документи, передбачені п. 7 Частини 2 Договору.

8.3. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та інших послуг у межах страхової суми або лімітів відповідальності Страховика відповідно до умов Договору.

8.4. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати та передбачені у п. 7 Частини 2 Договору у разі якщо вона самостійно оплатила вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг.

8.5. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин і розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає проведення такої експертизи. У разі визнання події страховим випадком Страхувальникові відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

8.6. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:

8.6.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 7 Частини 2 Договору;

8.6.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або експертизу, виконувану незалежним фахівцем (експертом), який має відповідно до законодавства України належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик складає страховий акт не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 7 Частини 2 Договору;

of the amount of arrears;

5.5.4. Upon request of the Insured (Insured Person), if they take measures to minimize the insurance risk, to re-sign or amend the Agreement with the Insured;

5.5.5. Not to disclose information about the Insured (Insured Person) and their property status, except as stipulated by the law.

5.5.6. To comply with its obligations under the terms of the Agreement.

5.6. The Parties shall be liable for non-performance or improper performance of their obligations under the Agreement in accordance with the legislation of Ukraine.

6. ACTIONS OF THE INSURED IN CASE OF EVENT THAT CAN BE CONSIDERED AN INSURED EVENT

6.1. If the Insured Person faces an event, which can be considered an insured event, the Insured Person must immediately, within 24 hours from the onset of a health disorder, apply to medical facilities of the Ministry of Health of Ukraine for medical advice and diagnosis.

6.2. If a medical facility of the Ministry of Health of Ukraine, namely a state certified laboratory with a minimum accreditation level 2 establishes (by gene diagnostic (PCR-diagnosis of viral RNA)) that the Insured Person has the coronavirus infection COVID-19 and/or if the authorized bodies require his/her mandatory observation, the Insured Person must immediately, within 24 (twenty-four) hours from the date of receiving a positive result for COVID-19 or notification of mandatory observation, notify the Insurer and agree on their further actions.

6.3. Insurer's contacts for reporting an insured event: **0 800 50 45 45, +38 (044) 492-18-18.**

6.4. Upon completion of treatment, the Insured (Insured Person) shall submit a set of documents in accordance with clause 7 of the Agreement within 30 days to obtain reimbursement of costs incurred by the Insured Person within the limits set by the Agreement.

7. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE FACT AND CIRCUMSTANCES OF THE INSURED EVENT AND AMOUNT OF DAMAGE (LOSS)

7.1. In order to identify the causes, consequences, circumstances of the event that can be considered an insured event, decide to pay or refuse to pay the insurance indemnity and determine the amount of damage, the Insured and/or the Insured Person (Beneficiary of insurance indemnity) must provide the Insurer with the following documents drawn up in compliance with the applicable laws of Ukraine:

7.1.1. Application for insurance indemnity in the form specified by the Insurer;

7.1.2. The Agreement or is copy held by the Insured;

7.1.3. Documents that, in accordance with the applicable laws of Ukraine, allow to identify the beneficiary of the insurance indemnity and confirm his/her right to receive the insurance indemnity.

7.1.4. Copy of the payee's identity document and copy of a certificate of the state tax administration on assigning an identification number to the Insured Person. If payment is received by the Insured Person's nominee, a power of attorney issued by the Insured Person and executed by him/her in the prescribed manner; copy of a certificate of the state tax inspection on assigning an identification number to the Insured Person and passport of the person receiving payment under the power of attorney.

7.2. For reimbursement of costs incurred in connection with medical care, medical services:

7.2.1. certificate issued by a physician of the prevention and treatment facility (extract from inpatient medical record, outpatient medical card, advisory opinion, statement of completion, etc.) containing the diagnosis of the Insured Person, date of contacting the prevention and treatment facility, list of services with full cost calculation, medical services and medicines prescribed in connection with the disease, certified by the physician's signature and stamp or seal of the prevention and treatment facility;

7.2.2. Fiscal receipt (if the prevention and treatment facility does not have a cash register - a cash slip or bank receipt), sales receipt (if the fiscal receipt does not contain the names of services or medicines) on payment for received medical and other services;

7.2.3. Physician's prescription with personal stamp and fiscal receipt of a pharmacy institution on payment for medicines (if the fiscal receipt does not contain the names of purchased medicines, a sales receipt shall be provided additionally);

7.2.4. In case of purchasing medicines during inpatient treatment, the Insured Person shall additionally provide a physician's certificate certified by the seal of the prevention and treatment facility evidencing that the prevention and treatment facility does not have the relevant medicines necessary for the prescribed course of treatment according to the physician;

7.2.5. If medical or other services were received from a private entrepreneur (sole proprietor, business entity), a copy of their taxpayer's certificate for the current year shall be additionally provided, and in case of applying to any privately owned medical facility outside the Insurer's list - also a copy of its license to provide medical and other services recommended (prescribed) to the Insured Person;

7.3. For reimbursement of costs incurred in connection with observation:

7.3.1. Fiscal receipt (in the absence of a cash register - a cash slip or bank receipt) confirming payment for services;

7.3.2. invoice and statement of completion, indicating the names of services;

7.3.3. Document on mandatory observation of the Insured Person in connection with COVID-19 issued by the authorized body of Ukraine.

7.4. The documents specified in clauses 7.1-7.3 of Part 2 of the Agreement or specified by the Insurer depending on the nature of damage shall be provided to the Insurer in the form of originals, notarized copies, simple copies, provided that the Insurer is enabled to compare the copies of these documents with their originals.

7.5. If the documents required to pay the insurance indemnity are not provided in full and (or) in the proper form or are executed in breach of applicable regulations (absence of the number, date, stamp; presence of corrections to the text, etc.), the decision to pay the insurance indemnity or refuse to pay it shall be made after receiving properly executed documents in the required amount. The Insurer shall notify the beneficiary of the insurance indemnity of such discrepancies and violations in writing within 10 (ten) business days from the date of receiving such documents.

7.6. Other documents upon reasoned request of the Insurer required to decide to pay or refuse to pay the insurance indemnity and estimate the amount of the insurance indemnity.

7.7. Depending on the specific insured event, the list of documents to be submitted to the Insurer and confirming the occurrence of the insured event and the amount of damage may be reduced by written consent of the Insurer.

7.8. The Insurer shall pay the insurance indemnity to the Insured Person (beneficiary of the insurance indemnity) in UAH to an account opened with a banking institution of Ukraine.

8. PROCEDURE AND TERMS OF PAYING THE INSURANCE INDEMNITY

8.1. The Insurer shall pay the insurance indemnity in accordance with the terms of the Agreement on the basis of the relevant written application submitted by the Insured or another person entitled to receive the insurance indemnity and a claim report made by the Insurer or its authorized person in the form specified by the Insurer.

8.2. In order to decide on payment or refusal to pay the insurance indemnity, the Insured Person (beneficiary of the insurance indemnity) shall provide the Insurer with the documents specified in clause 7 of Part 2 of the Agreement.

8.3. Upon occurrence of an insured event, the Insurer shall pay the insurance indemnity by paying for medical care, medical and other services received by the Insured Person within the insured amount or limits of the Insurer's liability in accordance with the terms of the Agreement.

8.4. The Insurer shall pay the insurance indemnity to the Insured Person (beneficiary of the insurance indemnity), the amount of which shall be determined on the basis of documents confirming the costs incurred and specified in clause 7 of Part 2 of the Agreement if he/she paid the cost of medical care, medical and other services independently.

8.5. In case of a dispute between the Parties as to the causes and amount of damage, each of the Parties shall request an independent expert examination at the expense of the Party requesting such examination. If the event is recognized as an insured event, the Insured will be reimbursed for the paid cost of the expert examination within the insured amount.

8.6. The Insurer shall be entitled to postpone the decision on payment or refusal to pay the insurance indemnity, if:

8.6.1. the Insurer has doubts as to the accuracy of information and documents provided by the Insured. The term for making a decision on payment or refusal to pay the insurance indemnity shall be extended for the period of receipt by the Insurer of the necessary supporting documents from organizations, enterprises and institutions that have the required information, but this period may not exceed 90 (ninety) calendar days from the date of receiving all necessary documents and information on the circumstances, causes of the insured event, cost of medical and other services received, other documents in accordance with clause 7 of Part 2 of the Agreement;

8.6.2. available documents do not allow establishing the circumstances, causes of the insured event and the amount of damage. In this case, in order to establish the circumstances, causes of the insured event and the amount of damage, the Insurer shall be entitled to schedule an investigation or examination conducted by an independent expert, having the appropriate powers in accordance with the legislation of Ukraine. The Insurer shall draw up a claim report within 15 (fifteen) business days of receiving the final results of such investigation or examination, but this period may not exceed 90 (ninety) calendar days from the date of receiving of all necessary documents and information about the circumstances, causes of the insured event, cost of medical and other services received, other documents in accordance with clause 7 of Part 2 of the Agreement;

8.6.3. an authorized public authority initiates a pretrial investigation of the event that may be considered an insured event, during which investigation the Insured (Beneficiary, another person in whose name the Agreement was concluded) is recognized a suspect or accused, the decision to pay or refuse to pay the insurance indemnity shall be taken by the Insurer after the completion of criminal proceedings, suspension of the pretrial investigation or sentencing.

8.7. If the Insured Person violates the instructions (orders) of the prevention and treatment facility, medical prescriptions, medical and organizational regime, the prevention and treatment facility may refuse reimbursement of costs incurred to the Insured Person. In the presence of an official written notice from the prevention and treatment facility about such violation, the Insurer shall be entitled to unilaterally terminate the Insurance Agreement in respect of a particular Insured Person under the terms of clause 10.14 of Part 2 of the Agreement.

8.8. The total amount of insurance indemnity in case of one or more insured events may not exceed the relevant insured amount stipulated by the Agreement.

8.6.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

8.7. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпоряджень) ЛПУ, медичних приписів, лікувально-організаційного режиму, ЛПУ вправі відмовити Застрахованій особі у відшкодуванні понесених витрат. При наявності офіційного письмового повідомлення з боку ЛПУ про таке порушення Страховик має право в односторонньому порядку припинити дію Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи на умовах п. 10.14 Частини 2 Договору.

8.8. Загальний розмір виплат (сума страхових відшкодувань) при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати відповідну страхову суму, обумовлену Договором.

8.9. У разі здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) зменшується на розмір здійсненної виплати.

9. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

9.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) є:

9.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку;

9.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або особою, на користь якої укладений Договір, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

9.1.3. Надання Страхувальником (особою, яка має право на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

9.1.4. Неповідомлення Страховика про змінення обставин, що мають істотне значення для оцінення ступеня страхового ризику;

9.1.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання події, що має ознаки страхового випадку, у передбачений Договором строк, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

9.1.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань згідно з п. 5.2 і розділом 6 Частини 2 Договору;

9.1.7. Настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з п. 4 Частини 2 Договору;

9.1.8. Інші випадки, передбачені законом.

10. МІСЦЕ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ СТРОКУ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Страховий захист за Договором діє 24 (двадцять чотири) години на добу протягом строку дії Договору.

10.2. Місце (територія) дії Договору – Україна, крім Донецької та Луганської областей, АР Крим та (або) населених пунктів, на території яких проводиться антитерористична операція, операція Об'єднаних сил, військові дії та (або) збройні конфлікти.

10.3. Договір набирає чинності та страховий захист за Договором починає діяти з 00 год. 00 хв. дати, зазначеної у п. 1 Частини 1 Договору, за умови сплати Страховику (в т.ч. особі, уповноваженій Страховиком приймати страхові платежі) та зарахування на поточний рахунок Страховика, зазначений в Частині 1 Договору, страхового платежу у повному розмірі та в строк згідно з п. 4.3 Частини 1 Договору, та діє до 24 год. 00 хв. дати настання страхового випадку (у разі виплати страхового відшкодування за таким страховим випадком) при страхуванні відповідальності або дати закінчення строку дії Договору в залежності від того, яка дата настане раніше.

10.4. При несплаті страхового платежу у розмірі і в строк, визначених в п. 4.3 Частини 1 Договору, цей Договір вважається таким, що не набрав чинності.

10.5. Зміни та доповнення до умов Договору протягом періоду його дії вносяться за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.

10.6. Додатковий договір до цього Договору є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору.

10.7. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

10.8. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

10.9. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: закінчення строку дії Договору; виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі; ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»; прийняття судового рішення про визнання договору недійсним; в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.10. Дію Договору може бути припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. У такому разі Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховик або Страхувальник) направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься згідно з частиною 3 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

10.11. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 50% страхового платежу і фактичних страхових виплат (виплат страхового відшкодування), що були здійснені за Договором.

10.12. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

10.13. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

10.14. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 50% страхового платежу, і фактичних страхових виплат (виплат страхового відшкодування), що були здійснені за Договором.

10.15. Належна до повернення частина страхового платежу повинна бути виплачена протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дати припинення строку дії цього Договору.

10.16. Остаточний розрахунок між Сторонами у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всієї заявленої Страхувальником шкоди: здійснення страхових виплат (виплат страхового відшкодування) або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування).

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. УМОВИ АКЦЕПТУ ДОГОВОРУ. ВИКОРИСТАННЯ АНАЛОГУ ВЛАСНОРУЧНОГО ПІДПИСУ ТА ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПЕЧАТКИ ДЛЯ ВЧИНЕННЯ ДОГОВОРУ

11.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов цього Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

11.2. Страховик, керуючись нормами статті 207 Цивільного кодексу України та ст.12 Закону України «Про електронну комерцію», пропонує будь-яким дієздатним фізичним особам, що визначаються згідно з умовами преамбули цієї Публічної пропозиції (Оферти), застосовувати, з метою укладання між такою фізичною особою та Страховиком угоди, використання аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами та наведені в цьому пункті, а саме:

(зразок аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика)

11.3. У разі акцепту зазначеної Публічної пропозиції (Оферти) фізичною особою, що визначається згідно з умовами преамбули цієї Публічної пропозиції (Оферти), Договір укладається з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:
- вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором;
- не вчинено з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;
- при укладанні Договору Сторони цілком розуміють природу правочину, що вчиняється, права та обов'язки Сторін, що виникають на підставі цього Договору;
- Сторони цілком розуміють всі обставини, що мають істотне значення для укладення Договору;
- не існує будь-яких обставин, що можуть перешкодити Сторонам у вчиненні Договору.

11.4. Ця Публічна пропозиція (Оферта) про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки акцептована Страхувальником шляхом підписання ним Договору є угодою про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки в Договорі.

Заступник Голови Правління ПрАТ «СК «ПРОВІДНА»

О.О. Ваганова

(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)

8.9. If insurance indemnity is paid, the amount of the Insurer's liability (the maximum amount of the insurance indemnity, which at the time of concluding the Agreement is equal to the respective insured amount) shall be reduced by the amount of such payment.

9. GROUNDS FOR REFUSAL TO PAY THE INSURANCE INDEMNITY

9.1. The following shall be grounds for the Insurer's refusal to pay the insurance indemnity:

9.1.1. Intentional actions of the Insured, Insured Person, Beneficiary, aimed at occurrence of the insured event;

9.1.2. Commitment by the Insured, Insured Person, Beneficiary of an intentional crime causing the occurrence of the insured event;

9.1.3. Provision by the Insured (a person entitled to receive the insurance indemnity) of knowingly false information about the subject of the Agreement or occurrence of the insured event, as well as concealment of such information;

9.1.4. Failure to notify the Insurer of changes in circumstances that are material for assessing the extent of insurance risk;

9.1.5. Failure to notify or untimely notification of the Insurer without valid reasons of occurrence of an event that has signs of an insured event within the period prescribed by the Agreement or creating obstacles to the Insurer in determining the Violation by the Insured of its obligations under clause 5.2 and section 6 of Part 2 of the Agreement;

9.1.6. Occurrence of the insured event due to reasons that are exceptions to the insured events and (or) limitation of insurance in accordance with clause 4 of Part 2 of the Agreement;

9.1.7. Other cases stipulated by the applicable laws.

10. TERRITORY AND TERM OF THE AGREEMENT. AMENDMENT PROCEDURE AND CONDITIONS FOR TERMINATION OF THE AGREEMENT

10.1. The insurance coverage under the Agreement shall apply 24/7 during the term of the Agreement.

10.2. The place (territory) of the Agreement shall be Ukraine, except for Donetsk and Luhansk regions, the Autonomous Republic of Crimea and (or) settlements being the territory of anti-terrorist operations, operations of the Joint Forces, military actions and (or) armed conflicts.

10.3. The Agreement shall enter into force and the insurance coverage under the Agreement shall start to apply at 00-00 of the date specified in clause 1 of Part 1 of the Agreement, subject to payment to the Insurer (including the person authorized by the Insurer to accept insurance premiums) and crediting to the current account of the Insurer specified in Part 1 of the Agreement of the insurance premium in full and on time in accordance with clause 4.3 of Part 1 of the Agreement, and shall be valid until 24-00 of the earlier of date of occurrence of the insured event (in case of payment of the insurance indemnity for such insured event) in case of liability insurance or the expiration date of the Agreement.

10.4. In case of failure to pay the insurance indemnity in the amount and within the period specified in clause 4.3 of Part 1 of the Agreement, this Agreement shall be deemed void.

10.5. Amendments and supplements to this Agreement during its period of effect shall be made by consent of the Parties on the basis of a written application of one of the Parties by concluding a supplementary agreement hereto or its re-signing within 5 (five) business days of receiving the application by the other Party.

10.6. The supplementary agreement shall be an integral part of this Agreement and shall be made in the number of counterparts of the Agreement.

10.7. If either of the Parties to the Agreement does not agree to amend its terms, the issue of validity of the Agreement on existing terms or its termination shall be considered within the same period.

10.8. From the time of receipt of the application by one of the Parties until the time of taking the decision to amend or terminate the Agreement, it shall continue to operate on existing conditions.

10.9. The Agreement shall be terminated and invalidated by consent of the Parties, as well as in cases of expiration of the Agreement; complete fulfillment by the Insurer of its obligations to the Insured; liquidation of the Insurer in accordance with the procedure prescribed by the applicable laws of Ukraine; death of the Insured or loss of capacity, except as provided by Articles 22 and 24 of the Law of Ukraine "On Insurance"; invalidation of this Agreement by the court; in other cases envisaged by the applicable laws of Ukraine.

10.10. This Agreement may be terminated on request of the Insured or Insurer. In this case, the Party requesting early termination of the Agreement (Insurer or Insured) shall send the relevant notice to the other Party at least 10 (ten) calendar days prior to the date of early termination of the Agreement. Such early termination of the Agreement shall be deemed unilateral withdrawal from the Agreement in accordance with Part 3 of Article 651 of the Civil Code of Ukraine.

10.11. In case of early termination of this Agreement upon request of the Insured, the Insurer shall refund them the insurance premiums for the period remaining until the expiration of the Agreement, net of regulatory costs of the case determined when calculating the insurance tariff and equal to 50% of the insurance premium, as well as actual insurance indemnities paid under this Agreement.

10.12. If the Insured's claim is due to the breach of this Agreement by the Insurer, the latter shall refund the insurance premiums paid by the Insured in full.

10.13. In case of early termination of this Agreement upon request of the Insurer, the fully paid insurance premiums shall be refunded to the Insured.

10.14. If the Insurer's claim due to the breach of this Agreement by the Insured, the Insurer shall refund to the Insured insurance premiums for the period remaining until the expiration of the Agreement, net of regulatory costs of the case determined when calculating the insurance tariff and equal to 50% of the insurance premium, as well as actual insurance indemnities paid under this Agreement.

10.15. The part of the insurance premium due to be refunded shall be paid within 30 (thirty) business days from the date of termination of this Agreement.

10.16. Final settlements between the Parties in case of early termination of the Agreement shall be made after settlement of all damage claimed by the Insured: payment of the insurance indemnity or reasoned decision made by the Insurer to refuse to pay the insurance indemnity.

11. DISPUTE RESOLUTION. TERMS OF ACCEPTANCE OF THE AGREEMENT. USE OF ANALOG OF HANDWRITTEN SIGNATURE AND FACSIMILE REPRODUCTION OF SEAL FOR EXECUTION OF THE AGREEMENT

11.1. Disputes arising in connection with the implementation of the terms of this Agreement shall be resolved by the Parties in the manner prescribed by the applicable laws of Ukraine.

11.2. Guided by the provisions of Article 207 of the Civil Code of Ukraine and Article 12 of the Law of Ukraine "On Electronic Commerce", the Insurer proposes to any capable individuals determined in accordance with the terms of the preamble to this Public Offer, to apply an analog of handwritten signature of the Insurer's authorized person and imprint of the Insurer's seal reproduced by means of copying, the samples of which are recognized by the Parties and are presented in this clause below, for the purpose of concluding the agreement between such individual and the Insurer:

(sample analog of handwritten signature of the Insurer's authorized person and imprint of the Insurer's seal)

11.3. If the said Public Offer is accepted by the individual determined in accordance with the terms of the preamble to this Public Offer, the Agreement concluded by the Insurer using an analog of handwritten signature and facsimile reproduction of the seal:
- shall be deemed concluded with the intention to create the legal consequences stipulated by such Agreement;
- shall not be concluded with the intention of concealing another transaction between the Parties to the Agreement;
- when concluding the Agreement, the Parties fully understand the nature of the transaction, the rights and obligations of the Parties arising under this Agreement;
- the Parties fully understand all circumstances material for concluding the Agreement;
- there are no circumstances that may prevent the Parties from concluding the Agreement.

11.4. This Public Offer for the use of an analog of handwritten signature and facsimile reproduction of the seal accepted by the Insured by signing the Agreement shall constitute a consent to the use of an analog of handwritten signature and facsimile reproduction of the seal in the Agreement.

Deputy Chairman of the Board, PrJSC PROVIDNA IC

O.O. Vaganova

(signature of the Insurer's authorized person and imprint of the Insurer's seal)