



**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО**  
**«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МІСТО»**  
21050, Україна, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25  
IBAN: UA523510050000026505642264850, АТ «УкрСиббанк»,  
код ЄДРПОУ 33295475, тел. (0432) 508-108, info@ic-misto.com.ua

**Додаток №1** до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України щодо відшкодування витрат, пов'язаних з лікуванням covid-19, обсервацією та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) №132/000001 від 26.06.2020 р.

**0 800 21 11 18**

**Служба підтримки** (дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України)

**ЕЛЕКТРОННИЙ ПОЛІС ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я) ІНОЗЕМЦІВ ТА ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ АБО ТИМЧАСОВО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ ЩОДО ВІДШКОДУВАННЯ ВИТРАТ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ЛІКУВАННЯМ COVID-19, ОБСЕРВАЦІЄЮ ТА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ. ОФЕРТА №132/000001 від 25.06.2020 р.**

**№ 132-i2201084726R**

**Дата 22.01.2023**

**Частина «I» Договору**

**Місце страхування м. Вінниця**

Цей Електронний поліс добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України щодо відшкодування витрат, пов'язаних з лікуванням covid-19, обсервацією та добровільного страхування від нещасних випадків, надані по тексту - Акцепт або Поліс, складений на підтвердження вчинення Страхувальником електронного правочину щодо укладення Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України щодо відшкодування витрат, пов'язаних з лікуванням covid-19, обсервацією та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) № 132/000001 від 26.06.2020р. (надалі - Договір) відповідно до ст. 634 ЦК України, Закону України «Про страхування», «Про електронні довірчі послуги» та «Про електронну комерцію». Цей Акцепт оформлений в електронній формі та є електронним документом відповідно до Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію».

<b>1. СТРАХОВИК</b>	Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто», в особі Голови Правління Крамера Геннадія Леонідовича, який діє на підставі Статуту			
<b>2. СТРАХУВАЛЬНИК</b>	Cao Gangyi			
Дата народження	2004-08-12			
Паспортні дані	EF3896154 Feb 19th, 2019, China			
Ідентифікаційний номер	Телефон	+1 517-275-6363	Адреса ел. пошти	zachariastsao@gmail.com
Адреса	908 Akers Rd Room 183			

**3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ**

3.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3.2. Страхування здійснюється згідно з Правилами добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Нацкомфінпослуг України 21.05.2013р. за №0613149, зі змінами №1 зареєстрованих Нацкомфінпослуг України 24.04.2018р. за №0318081, Правилами добровільного страхування від нещасних випадків. Нова редакція, зареєстрованих Нацкомфінпослуг України 15.05.2014 р. за № 0214160, зі змінами №1 зареєстрованих Нацкомфінпослуг України 24.04.2018 р. за № 0218084, на підставі ліцензії Страховика, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України серія АВ № 584175 від 25.05.2011р., серія АВ № 584179 від 25.05.2011р.

**3.3. Страховик відшкодовує витрати пов'язані з лікуванням хвороби визначеної в п. 3.4. Акцепту та обсервацією (Постанова КМУ від 12.06.2020 р. №480). Для отримання страхової виплати Страховику має бути надано лабораторне підтвердження інфікування Застрахованої особи вірусом COVID-19 (ПЛР-тест).**

3.4. Перелік хвороб на випадок яких здійснюється страхування:

<b>Діагноз</b>	<b>Кодифікація за МКХ -10</b>
Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19)	U07.01.

3.5. Страховиком відшкодовуються витрати на обсервацію тільки в тих випадках, коли підстави для обсервації Застрахованої особи передбачені Постановою КМУ від 9 грудня 2020 р. № 1236 (із змінами та доповненнями).

3.6. Страховим ризиком згідно добровільного страхування від нещасних випадків є смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

**4. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ НА ОДНУ ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ**

П.І.Б. Застрахованої особи	Дата народження	Паспортні дані	Адреса	Страховий платіж на одну особу, грн
Cao Gangyi	2004-08-12	EF3896154	908 Akers Rd Room 183	1 200,00

**5. СТРАХОВА СУМА. ЗАГАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ**

ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ	СТРАХОВА СУМА НА ОДНУ ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ, грн.
<b>5.1.Добровільне страхування від нещасних випадків</b>	25 000,00
<b>5.2.Добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)</b>	25 000,00
<b>5.3.ЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ</b>	
<b>5.3.1.Амбулаторне лікування</b>	5 000,00
<b>5.3.2.Стаціонарне лікування</b>	15 000,00
<b>5.3.3.Витрати на обсервацію</b>	5 000,00
<b>5.4.ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА, грн.</b>	50 000,00
<b>5.5. ЗАГАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн.</b>	1200.00
<b>5.6.Строк сплати платежу</b>	22.01.2023

5.7. В разі несплати або неповної сплати страхового платежу у визначений строк цей Договір вважається таким, що не набув чинності.

**6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ**

6.1. Договір діє

<b>з 00 год. 00 хв.</b>	25.05.2023	<b>до 24 год. 00 хв.</b>	24.08.2023
-------------------------	------------	--------------------------	------------

6.2. Договір набуває чинності з дати початку дії Договору, що вказана в п. 6.1. Договору, але не раніше дати (часу) сплати страхового платежу Страхувальником, та діє до 24-00 дня, вказаного в п. 6.1 Договору як дата закінчення дії Договору.

6.3. Страховик не визнає страховим випадком і не здійснює страхову виплату, якщо подія, яка заявлена Страховику, як страхова, мала місце в період, коли страховий платіж не був сплачений (або сплачений в неповному обсязі). Жоден випадок, який настав в такий період не розглядається Страховиком як страховий і страхова виплата по ньому не здійснюється.

<b>7. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ</b>	Україна (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження)
------------------------------	---

8. Договір страхування складається з Оферти та цього Акцепту.

9. Акцепт складено в електронній формі та підписано електронним підписом шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора Страхувальнику та введення Страхувальником такого ідентифікатора в програмні комплекси Страховика.

10. Підписання Акцепту Страхувальником означає повне і беззастережне прийняття умов цього Договору та згоду Страхувальника зі всіма умовами Договору без виключення і доповнення, викладеними в Оферті та Правилах, що розміщені на веб-сайті Страховика [www.ic-misto.com.ua](http://www.ic-misto.com.ua). Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений і згодний з Правилами, зазначеними в Договорі та умовами страхування, а також та інформацією про фінансову послугу, що йому пропонується, в повному обсязі згідно з чинним законодавством України, зміст вказаної інформації йому зрозумілий. Підписання цього Акцепту Страхувальник підтверджує, що електронна форма Договору не перешкоджає правильному розумінню ним умов цього Договору в повній мірі та не може в подальшому служити підставою для заперечення ним дійсності цього Договору. На вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору, підписаного оригінальним підписом уповноваженого

представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням протягом 5 (п`яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. При відтворенні на папері договору Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

11. ПІДПИСИ СТОРІН

**СТРАХОВИК**  
**Голова Правління**  
**Г.Л. Крамер**

**СТРАХУВАЛЬНИК**  
З правилами, Загальними умовами страхування, групою ризику ознайомлений та згоден

\_\_qA1495\_\_

Номер сервісної картки





**PRIVATE JOINT-STOCK COMPANY  
INSURANCE COMPANY MISTO**

21050, Ukraine, Vinnytsia, Khlibna street, bldg 25  
IBAN: UA523510050000026505642264850, JSC UkrSibank, Company  
Code 33295475,  
tel.: (0432) 508-108, info@ic-misto.com.ua

**Annex No. 1** to Voluntary Health Insurance (Continuous Health Insurance) Policy for Foreigners and Stateless Persons Who Permanently or Temporarily Reside within the Territory of Ukraine as to the Reimbursement of Expenses Related to the Treatment of Covid-19 and Observation and Voluntary Casualty Insurance Policy (Accession) No. 132/000001 dated 26 June 2020.

**0 800 21 11 18**

**Help Line** (free calls from landline and mobile phones within Ukraine)

**ELECTRONIC VOLUNTARY HEALTH INSURANCE (CONTINUOUS HEALTH INSURANCE) POLICY  
CERTIFICATE FOR FOREIGNERS AND STATELESS PERSONS WHO PERMANENTLY OR TEMPORARILY  
RESIDE WITHIN THE TERRITORY OF UKRAINE AS TO THE REIMBURSEMENT OF EXPENSES RELATED  
TO THE TREATMENT**

**№ 132-12201084726R**

**Effective date 22.01.2023**

**OF COVID-19 AND OBSERVATION AND VOLUNTARY CASUALTY INSURANCE POLICY CERTIFICATE.  
OFFER No. 132/000001 dated 25 June 2020**

**Part "I" of the Policy**

**Location: Vinnytsia**

This Electronic Voluntary Health Insurance (Continuous Health Insurance) Policy Certificate for Foreigners and Stateless Persons Who Permanently or Temporarily Reside within the Territory of Ukraine as to the Reimbursement of Expenses Related to the Treatment of Covid-19 and Observation and Voluntary Casualty Insurance Policy Certificate, hereinafter referred to as the Offer Acceptance or Policy Certificate, is drawn up in confirmation of the electronic issuance by the Policyholder of Voluntary Health Insurance (Continuous Health Insurance) Policy for Foreigners and Stateless Persons Who Permanently or Temporarily Reside within the Territory of Ukraine as to the Reimbursement of Expenses Related to the Treatment of Covid-19 and Observation and Voluntary Casualty Insurance Policy (Accession) No. 132/000001 dated 26 June 2020 (hereinafter referred to as the Policy) under Clause 634 of the Civil Code of Ukraine and the Insurance Act, Electronic Digital Signature Act and Electronic Business Act. This Offer Acceptance is issued in electronic form and is an electronic instrument in accordance with the Electronic Documents and Electronic Document Flow Act and Electronic Business Act.

1. INSURER	Private Joint-stock Company Insurance Company Misto, represented by Kramer Hennadii Leonidovych, Chairman of the Board, acting under the Charter				
2. POLICYHOLDER	Cao Gangyi				
Date of birth	2004-08-12				
Passport data	EF3896154 Feb 19th, 2019, China				
Identification number		Tel. number	+1 517-275-6363	Email address	zachariastsao@gmail.com
Address	908 Akers Rd Room 183				

**3. SCOPE OF THE POLICY**

3.1. The subject matter of the Policy is the legitimate property interests associated with the life, health and fitness to work of the Insured.

3.2. Insurance is offered in accordance with the Voluntary Health Insurance (Continuous Health Insurance) Rules registered by the Ukrainian National Committee for Financial Services on 21 May 2013 under No. 0613149, as modified by Amendments No. 1 registered by the Ukrainian National Committee for Financial Services on 24 April 2018 under No. 0318081, the Voluntary Casualty Insurance Rules. Updated Version registered by the Ukrainian National Committee for Financial Services on 15 May 2014 under No. 0214160, as modified by Amendments No. 1 registered by the Ukrainian National Committee for Financial Services on 24 April 2018 under No. 0218084, and under the Insurer's licenses Series AB No. 584175 and Series AB No. 584179 issued on 25 May 2011 by the Ukrainian National Committee for the Regulation of Financial Services Markets.

**3.3. The Insurer shall reimburse the expenses related to the treatment of the disease specified in Paragraph 3.4. of this Offer Acceptance and to the observation (Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 480 of 12 June 2020). For insurance payments Insurer must be provided laboratory confirmation of infection insured person with COVID-19 (PCR test).**

**3.4. List of covered diseases:**

<b>Diagnosis</b>	<b>ICD-10 code</b>
Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)	U07.01.

**3.5. The Insurer shall reimburse the cost of observation only in cases where the grounds for observation of the Insured are provided for by Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine № 1236 of 9 December 2020 (as amended).**

**3.6. The insurance risk under the voluntary casualty insurance is the death of the Insured due to an accident.**

**4. THE INSURED. SUM INSURED PER ONE PERSON**

<b>Name of the Insured</b>	<b>Date of birth</b>	<b>Passport data</b>	<b>Address</b>	<b>Sum insured per one person, UAH</b>
Cao Gangyi	2004-08-12	EF3896154	908 Akers Rd Room 183	1 200,00

**5. AMOUNT OF COVERAGE. TOTAL INSURANCE PAYMENT**

INSURANCE OPTIONS	AMOUNT OF COVERAGE PER ONE PERSON, UAH.		
5.1.Voluntary Casualty Insurance	10 000,00		
5.2.Voluntary Health Insurance (Continuous Health Insurance)	15 000,00		
5.3.COVERAGE LIMIT			
5.3.1.Outpatient treatment	3 000,00		
5.3.2.Inpatient treatment	10 000,00		
5.3.3.Cost of observation	2 000,00		
5.4. TOTAL AMOUNT OF COVERAGE, UAH	25 000,00		
5.5. TOTAL SUM INSURED, UAH	1200.00	5.6.Premium due date	22.01.2023

5.7. In case of non-payment or partial payment of the insurance premium by the due date, this Policy shall be considered not to have become effective.

**6. TERM OF THE POLICY**

**6.1. This Policy is in effect**

<b>from 00 hr 00 min</b>	25.05.2023	<b>to 24 hr 00 min</b>	24.08.2023
--------------------------	------------	------------------------	------------

6.2. The Policy shall become effective on the effective date specified in Paragraph 6.1. of the Policy, but not earlier than on the date (time) of payment of the premium by the Policyholder, and shall remain in force till 24:00 of the day specified in Paragraph 6.1 of the Policy as the date of expiration of the Policy.

6.3. The Insurer does not consider an event to be an insured event and does not make the payout under the Policy if such claimed insured event occurs during the period when the premium has not been paid (or has been paid in part). No event occurring during such period shall be considered by the Insurer to be an insurance event and no insurance payout shall be made upon occurrence of such event.

<b>7. POLICY TERRITORY</b>	<b>Ukraine</b> (excluding the territory of the Autonomous Republic of Crimea, the city of Sevastopol, localities of Luhansk and Donetsk regions, where Ukrainian public authorities temporarily do not exercise their powers)
----------------------------	---

8. The Policy consists of the Offer and this Offer Acceptance.

9. This Offer Acceptance is made in electronic form and signed with an electronic signature by means of sending a one-time identifier to the Policyholder who enters such identifier into the software system of the Insurer.

10. By signing this Offer Acceptance, the Policyholder accepts, unconditionally and without reservations, the terms and conditions of this Policy and the Policyholder consents, without exceptions and additions, to all the terms of the Policy set out in the Offer and the Rules, posted on the Insurer's website [www.ic-misto.com.ua](http://www.ic-misto.com.ua). The Policyholder confirms that the Policyholder is familiar with and agrees to the Rules specified in the Policy and the terms of insurance, as well as the information about the financial service offered hereunder, in full in accordance with the laws of Ukraine in effect from time to time; the Policyholder understands the content of such information. By signing this Offer Acceptance, the Policyholder confirms that the electronic form of the Policy does not prevent the Policyholder from understanding the terms of this Policy profoundly and completely and cannot serve as a ground for challenging the validity of this Policy at any time. At the request of the Policyholder, the Insurer shall hand over the Policy with the handwritten signature of the authorized representative of the Insurer to the Policyholder during the Insurer's working hours at its place of business within five (5) business days from the date of receipt of such request. When producing a hard copy of the Policy, the Insurer may use facsimile reproduction of the authorized

person's signature, as well as may reproduce the seal with printing devices.

11. SIGNATURES OF THE PARTIES

**INSURER**  
**Chairman of the Board**  
**H. L. Kramer**

**POLICYHOLDER**  
I have read and agree to the General Terms and Conditions of the Policy and the risk group

\_\_qA1495\_\_

Service Card Number

