



**ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР-ОФЕРТА ЩОДО
ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS"
(для укладання з 15 лютого 2023 року)**

- Дана публічна оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю "Страхова група "Оберіг" (далі – Страховик), яке перебуває на загальній системі оподаткування згідно з Розділом 3 Податкового кодексу України та з Розділом 19 Податкового кодексу України «Прикінцеві положення» (код ЄДРПОУ – 39433769, надалі – "Страховик"), що адресується колу осіб (далі – "Клієнти"), укласти із Страховиком ДОГОВІР ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS" (далі – "Договір") згідно Закону України "Про страхування", Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), - зареєстрованих розпорядженням Нацкомфінпослуг та відповідної ліцензії за цим видом страхування, що видано Нацкомфінпослуг "19" лютого 2015 р., розпорядження про видачу №209 та розпорядження про переоформлення №2258 від "08" вересня 2016 р., надалі – Правила та Ліцензії відповідно. Страхування здійснюється у відповідності до умов ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS" надалі - Умови або Договір, які, в розумінні п. 1 ст. 11 Закону України "Про електронну комерцію" є істотними умовами та є невід'ємною частиною цієї публічної Оферти (Додаток № 1). Страховик та Клієнт іменуються разом в Договорі та Оферті як "Сторони".
- Сторони домовилися, що Договір може укладатися в електронній формі за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем. Відповідно до п. 12 ст. 11 Закону України "Про електронну комерцію", Договір вважається таким, що за правовими наслідками прирівнюється до договору, укладеного у письмовій формі. Під інформаційно-телекомунікаційною системою в цій Оферті слід розуміти Кабінет клієнта, доступ до якого забезпечується через веб-сайт Страховика за адресою в мережі Інтернет oberig-sg.com.
- Відповідь Клієнту, якому адресована дана публічна Оферта про її прийняття (Акцепт) може надаватися в такі способи призначені Страховиком:
 - шляхом заповнення формуляра у розділі Кабінет клієнта на веб-сайті/у застосунку Страховика за ідентифікаторами Страхувальника та підписується шляхом електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, отриманого на засіб мобільного зв'язку чи в інший спосіб передбачений законодавством). Клієнт для отримання параметрів доступу до розділу Кабінет клієнта може самостійно звернутися за номером 0800218201 (безкоштовно по Україні, цілодобово) до Страховика, який допоможе Клієнту пройти ідентифікацію та надасть доступ до Кабінету клієнта. Отримання Клієнтом доступу до Кабінету клієнта, розміщеному на веб-сайті Страховика, в обох випадках розцінюється як відповідь Клієнта про Акцепт Договору та момент укладання і підписання Договору у відповідності до п. 1 ст. 12 Закону України "Про електронну комерцію". Договір вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення підпису та печатки на даній Оферті. Факт отримання Клієнтом доступу до Кабінету клієнта Страховик є безпосереднім вираженням свого наміру вважати себе зобов'язаним відносно даної Оферти.
 - шляхом підписання Клієнтом/Страховиком Сертифікату за зразком, що є Додатком №1 до Договору у складі Оферти. Факт підписання Клієнтом Сертифікату за зразком, що є Додатком №1 до Договору у складі Оферти / або отримання Клієнтом Сертифікату за зразком, що є Додатком №1 до Договору у складі Оферти є безпосереднім вираженням свого наміру вважати себе зобов'язаним відносно даної Оферти.
- Місцем укладення Договору є місцезнаходження Страховика: м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040.
- Безумовним прийняттям (Акцептом) умов даної Оферти Клієнтом вважається оплата страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика (датую оплати вважається надходження грошових коштів на рахунок Страховика). Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом усіх умов цієї Оферти. Після здійснення Акцепту та набрання договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.
- Укладенням Договору Клієнт, як суб'єкт персональних даних, добровільно надає Страховику свою безумовну та безвідкличну згоду на збір та обробку своїх персональних даних, засвідчує, що повідомлений про включення своїх персональних даних до бази персональних даних Страховика з метою виконання умов Договору, засвідчує, що ознайомлений з правами суб'єкта персональних даних, визначених Законом України «Про захист персональних даних».
- До підписання (Акцепту) Договору, оплати страхового платежу, Клієнту надано та належним чином роз'яснено інформацію, визначену Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».
- Відповідно до частини третьої статті 207 Цивільного кодексу України, при укладенні/виконанні цієї Оферти та Договору, Сторони дійшли згоди щодо надання дозволу і можливості Страховику (необмежені у часі та по кількості) для вчинення (підписання) будь-яких правочинів Страховиком із застосуванням використання факсимільних відтворень печатки Страховика та/або факсимільних відтворень власноручного підпису за допомогою засобів електронного, механічного або іншого копіювання підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика за такими зразками з можливістю зміни кольорового відображення, положення, пропорцій та розміру:

Зразок факсимільного відтворення печатки Страховика	
---	---

<p>Зразок факсимільного відтворення власноручного підпису уповноваженої особи Страховика</p> <p>Уповноваженою особою Страховика є генеральний директор ТДВ "СГ "ОБЕРІГ", Крендельов Іван Федорович, який діє на підставі статуту</p>	
---	---

- У всьому іншому, що не викладено і прямо не врегульовано умовами даної Оферти, Сторони керуються Правилами та чинним законодавством України.
- Дана Оферта для укладення договору дійсна з "15" лютого 2023 року, і є безстроковою до моменту її скасування або опублікування нової редакції Оферти.

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СТРАХОВА ГРУПА "ОБЕРІГ"

Веб-сайт: oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com. Тел.: 0442214421, 0800218201. Код ЄДРПОУ 39433769.
Рахунок №UA803052990000026505006700493 у АТ "КБ "ПриватБанк", м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040.

Генеральний директор



І.Ф. Крендельов

ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ “BEST DOCTORS”

1. СТРАХОВИК

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ”, в особі представника, що уповноважений на підписання документів такого типу.

Веб-сайт: www.oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com, Тел.: 0442214421, 0800218201. Код ЄДРПОУ 39433769.
Рахунок # UA803052990000026505006700493 у АТ “КБ “ПриватБанк”.
м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040

2. СТРАХУВАЛЬНИК

Страховальником може бути дієздатна фізична або юридична особа, що акцептувала Оферту та здійснила оплату страхового платежу згідно Сертифікату, в сумах/строках/порядку визначеними Сертифікатом. Відомості про Страховальника вносяться до відповідного Сертифікату..

3. ВИГОДОНАБУВАЧ

Вигодонабувачем за цим Договором є Застрахована особа.

4. ПІДСТАВА ДЛЯ УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

Цей Договір добровільного медичного страхування «BEST DOCTORS» (в тексті вживається – Договір) укладено згідно з Ліцензією Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг на добровільне медичне страхування (безперервного страхування здоров'я) та відповідними Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), надалі – Правила.

Місце укладання Договору - 03040, місто Київ, вулиця Васильківська 14.

Дата укладання - визначається відносно кожної окремої Застрахованої особи в Сертифікаті, що є Додатком до цього Договору.

5. ТИП ДОГОВОРУ. ПРОЛОНГАЦІЯ. ЗМІНА ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ПРИ ПРОЛОНГАЦІЇ

5.1. Договір може бути таких типів:

5.1.1. Новий договір

5.1.2. Новий договір, що має ознаку Пролонгації, на нових умовах визначених в цьому договорі.

5.2. Під “пролонгацію” в цьому Договорі слід розуміти укладання нового Договору страхування на новий період в тому числі на нових умовах якщо між датою закінчення дії попереднього договору та датою початку дії нового Договору не було перерви та Страховиком в новому договорі зазначено посилання на цей Договір. Під поняття “Пролонгація” відноситься укладання нової додаткової угоди на новий річний період страхування або видача Страховиком Сертифікату Застрахованої особи на новий річний період страхування, при цьому, Страховиком в новому Сертифікаті має бути зазначено посилання на цей Договір. При безперервній пролонгації Договору страхування на другий та наступні страхові роки «Період очікування» не застосовується. Безперервною вважається Пролонгація, коли між датою Пролонгації та Датою закінчення Договору, що пролонгується не минуло більше 30 календарних днів. Страховик має право відмовити в Пролонгації Договору на власний розсуд, одноосібно, без пояснення причин. На вимогу Страховика, Страховальник та/або Застрахована особа повинна надати Страховику документальне підтвердження у вигляді відповідного попереднього Договору страхування від Страховика з покриттям аналогічних ризиків з назвою страхового продукту “BEST DOCTORS”. Поняття Пролонгації встановлюється окремо відносно кожної Застрахованої особи, а не за Договором.

5.3. При Пролонгації, Страховальником може бути змінено Програму страхування для Застрахованої особи за зверненням

Страховальника до Страховика, при цьому: зміна з програми згідно п. 11.8.1. "ОНКО" на 11.8.2. "ОНКО + СЕРЦЕ + НЕЙРО" здійснюється виключно шляхом укладання нового Договору із застосуванням нового Періоду очікування 180 днів, а також новою Датою надання інформацію про Застраховану особу (як дата укладання нового Договору), при цьому, Страховик має право відмовити у Зміні Програми страхування для Застрахованої особи на власний розсуд.

6. ПОЧАТОК ДІЇ ДОГОВОРУ

Не раніше дати наступної за датою укладання цього Договору та в будь-якому разі, не раніше наступного дня за Днем надходження страхового платежу за цим Договором, що визначено в Сертифікаті.

Дата початку дії Договору визначається Страховиком відносно окремої Застрахованої особи та фіксується в Сертифікаті, що є Додатком до цього Договору

7. ЗАВЕРШЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

Дата завершення дії Договору визначається Страховиком відносно окремої Застрахованої особи та фіксується в Сертифікаті, що є Додатком до цього Договору

8. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом Договору є майнові інтереси Страховальника (Застрахованої особи), що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, медичними та іншими витратами Застрахованої особи, пов'язаними з необхідністю лікування передбачених Програмою страхування захворювань і проведенням медичних процедур, за умов дотримання наступних умов:

- медичні послуги і процедури, що входять в програму, надаються протягом відповідного Періоду дії страхового покриття;
- відповідне захворювання або стан не є захворюванням, які були присутні у Застрахованої особи до початку дії Договору;
- захворювання не було діагностовано, щодо захворювання не проводилося лікування, захворювання не проявилось пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами/свідченнями (ознаками) протягом періоду очікування;
- лікування є необхідним з медичної точки зору;
- медичні витрати не перевищують страхову суму і ліміти, зазначені в Договорі;
- лікування організовано Страховиком відповідно до процедури врегулювання страхових випадків, передбаченої в розділі 17;
- витрати на проїзд та проживання покриваються в межах максимум трьох поїздок до місця лікування і назад, як зазначено в п. 15.3;
- витрати на медичну діагностику, лікування, послуги, вироби медичного призначення або рецептурні лікарські препарати входять в покриття за Договором відповідно до розділу 15.

9. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ

9.1. Страховальник підтверджує, що Застраховані особи за цим Договором відповідають умовам п. 9.2. цього Договору.

9.2. За цим Договором можуть бути Застраховані особи, що відповідають таким умовам:

9.2.1. Застрахованій особі на дату початку цього Договору не більше 64 повних років на дату завершення цього Договору не більше 65 повних років.

9.2.2. Застрахованій особі не встановлювалися діагнози та не проводилось будь-яке лікування щодо наступних захворювань та станів протягом усього життя Застрахованої особи:

- СНІД, ВІЛ-інфікування, первинний імунodefіцит
- Будь-якого виду раку, лейкемії, хвороби Ходжкіна, лімфоми, саркоми або меланоми;
- Будь-яких: Передракових змін; Прикордонних пухлин; Важких дисплазій або дисплазій високого ступеня; Підвищення онкомаркера в крові (ПСА) до 4.0 нг / мл або вище; Аномальних результатів мазка шийки матки з високим ступенем плоскоклітинного інтраепітеліальна поразки (CIN3 + або вище); Аномальних результатів мамограми (категорія BI-RADS 3 або вище); гіпертиреозу, поліпів в товстій кишці, тонкій кишці і / або шлунку, і родимок або веснянок, які кровоточать, стають болючими, змінюють колір або збільшуються в розмірі; з приводу яких Ви в повному обсязі одужали і / або не закінчили проходити контрольні обстеження або спостерігатися.
- Будь-яких захворювань крові або спадкових імунних порушень, що потребують лікування протягом не менше одного місяця, які вимагають регулярного або тривалого лікування іншого, ніж дотримання спеціальної дієти (наприклад, апластична анемія, лімфома, мієлома, мієлодиспластичний синдром, серповидноклеточности захворювання, таласемія);
- Будь-яких вигів пухлин, утворень, кіст всередині або навколо головного мозку (в межах черепа).

9.2.3. Щодо Застрахованої особи відсутні наступні факти/ фактори / обставини / стани / захворювання / події станом на Дату

надання Страховику інформації про Застраховану особу:

- У кого-небудь з біологічних батьків Застрахованої особи, рідних братів або сестер, до досягнення ними шестидесяти років, діагностовано серцево-судинні захворювання (інфаркт, операція з шунтування або інсульт), полікістоз нирок або рак кишечника, молочної залози, товстої кишки, яєчників, простати, меланома, рак підшлункової залози або нирок;
- У Застрахованої особи протягом останніх шести місяців до Дати надання Страховику інформації про Застраховану особу були наявні / зберігаються / повторюються симптоми / стани, які ще не були остаточно досліджені стосовно утворень в грудях або в яєчках, ректальні кровотечі, кров у сечі, незвичайний кашель більше шести тижнів, жовтяниця, незрозуміла втрата ваги, головні болі з наростаючою частотою їх виникнення, порушення зору (розмитий зір, подвоєння зору, безпричинна втрата зору), незрозуміла втрата слуху, труднощі з промовою, слабкість кінцівок, судоми частіше 1 разу на тиждень, напади або непритомність;
- Лабораторні показники крові Застрахованої особи поза нормою по одному чи кільком з таких показників: креатинін, печінкові ферменти, рівень кальцію або онкомаркери;
- Застрахована особа мала чи має запланований або призначений візит або наміри візиту до лікаря/лікарні/лабораторії, станом на Дату надання Страховику інформації про Застраховану особу, причина такого візиту - будь-які факти / фактори / обставини / стани / захворювання / події, описані у пункті 9.1 цього Договору;
- Застрахована особа очікувала на Дату надання Страховику інформації про Застраховану особу (або після неї) результатів будь-яких тестів / процедур / досліджень / аналізів для з'ясування фактів / факторів / обставин / станів / захворювань / подій описаних у пункті 9.1 цього Договору;
- Застрахована особа на Дату надання Страховику інформації про Застраховану особу та 12 місяців до неї мала рекомендацію / призначення / направлення на магнітно-резонансну томографію молочної залози (МРТ)
- Застрахована особа має або будь-коли раніше мала раніше рекомендацію / призначення / направлення для трансплантації будь-якого органу чи органів або перебуває на Дату надання Страховику інформації про Застраховану особу в списку очікування на трансплантацію будь-якого органу чи органів.
- Застрахована особа знаходиться на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансері.
- Застрахованій особі проводилися хірургічні операції: по трансплантації органу або кісткового мозку, на клапанах серця, трепанації черепа.

9.2.4. Окрема додаткова умова для Застрахованої особи тільки за програмою "ОНКО + СЕРЦЕ + НЕЙРО" згідно п. 11.8.2. Договору:

Застрахованій особі не встановлювалися діагнози та не проводилось будь-яке лікування щодо наступних захворювань та станів протягом усього життя Застрахованої особи:

- Будь-яких видів судинних порушень або порушень кровообігу, включаючи інсульт, транзиторну ішемічну атаку (ТІА), крововилив в мозок (кровотеча), субарахноїдальний крововилив, стеноз сонних артерій, аномальні кровonosні судини (артеріовенозна мальформація, аневризма, тромб або ембол) в головному мозку або навколо нього (в межах черепа);
- Будь-яких форм захворювань серця (включаючи, але не обмежуючись, інфаркт, стенокардія / біль в грудях, захворювання судин серця, захворювання клапанів серця, шуми в серці або ревматизм, серцева недостатність, збільшення серця або кардіоміопатія. Цей пункт не включає лікування тільки від високого кров'яного тиску і / або високого рівня холестерину.
- Діабету. Цей пункт не включає лікування гестаційного діабету (діабет вагітних).

9.3. Страхувальник та Застрахована особа повідомленні, що Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування та надання послуг за цим Договором щодо Застрахованої особи, у разі виявлення неповної чи недостовірної інформації наданої Страхувальником/Застрахованою особою Страховику щодо такої Застрахованої особи в.ч. неповідомлення Страховика про невідповідність Застрахованої особи умовам п. 9.2. цього Договору. Застрахована особа та Страхувальник підтверджують і гарантують, що надана Інформація про Застраховану особу є правдивою, достовірною та вичерпною, і вони розуміють, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору та/або настанні страхового випадку. Неповна і неправдива інформація може привести до неукладання або припинення дії Договору або відмови у виплаті страхового відшкодування.

9.4. Страхувальник та Застрахована особа надають згоду Страховику, у разі, виявленні підозр щодо неправдивої, недостовірної чи неповної інформації щодо Застрахованої особи, а саме її відповідності умовам п. 9.2. цього Договору, на власне дослідження чи розслідування та для цього: запитувати та отримувати будь-яку інформацію за будь-який період стосовно Застрахованої особи у Страхувальника / Застрахованої особи / її роботодавців / медичних закладів / лікарень / лікарів / аптечних мереж / лабораторій / установ Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України та будь-яких інших державних органів чи установ. Страховик має право утворити комісію з трьох лікарів обраних на розсуд Страховика, для

визначення питання достовірності чи недостовірності даних наданих Застрахованою особою / Страхувальником, рішення цієї Комісії буде обов'язковим, справедливим та прийнятним для Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи.

10. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА.

10.1. Застрахованою особою може бути фізична особа, що є резидентом України або громадянином України, про страхування якої Страхувальник уклав цей Договір на підставі наявної у нього згоди на страхування від Застрахованої особи, та яка має права і обов'язки згідно цього Договору. Застрахованою може бути особа, якій на момент укладення Договору не виповнилось 64 (шістдесят чотири) роки та яка повністю відповідає вимогам та в жодному разі не підпадає під будь-яке обмеження згідно розділу 9 цього Договору. За цим Договором не можуть бути Застраховані особи, які повністю або частково не відповідають вимогам та/або підпадають під обмеження згідно розділу 9 цього Договору, а у разі виявлення таких невідповідностей цей Договір не діє по відношенню такої Застрахованої особи з моменту його укладання, а сплачений Страховику Страхувальником страховий платіж за цим Договором підлягає поверненню Страхувальнику у повному обсязі за письмовим зверненням Страхувальника Страховику, таке повернення відбувається в строк до тридцяти календарних днів від дати письмового звернення Страхувальника.

Факт укладання цього Договору відносно Застрахованої особи за цим Договором може підтверджуватись в один з таких способів (за рішенням Страховика) або обома такими способами (за рішенням Страховика):

10.1.1. Сертифікатом, що виданий на кожну Застраховану особу та є Додатком до цього Договору.

10.1.2. Один сертифікат з переліком застрахованих осіб, що є Додатком до цього Договору.

11. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ. МОДУЛІ ПОКРИТТЯ. ЗАХВОРЮВАННЯ ТА МЕДИЧНІ ПРОЦЕДУРИ

11.1. Страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася з Застрахованою особою та підтверджена Страховиком, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються умовами Договору страхування. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються до одного страхового випадку.

11.2. Перелік медичних та інших послуг і обсяг медичної допомоги визначається Програмою страхування, на умовах якої укладено цей Договір

11.3. Обрана Програма страхування для застрахованої особи – перелік страхових випадків та конкретних умов страхування, набір медичних та інших послуг та видів допомоги запропонований Страховиком та обраний Страхувальником при укладенні цього Договору страхування та зазначені в Сертифікаті.

11.4. Модуль Покриття I. Онкологічні захворювання.

11.4.1. будь-які злоякісні пухлини, включаючи лейкемію, саркому і лімфому, що характеризуються неконтрольованим зростанням, поширенням клітин і інвазією в тканини;

11.4.2. будь-який рак *in situ*, область ураження якого обмежена епітелієм, на якому він виник, за умови, що строма і навколишні тканини не були порушені.

11.4.3. Діагноз згідно п. 11.4.1. та 11.4.2. цього Договору повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень відповідним медичним закладом.

11.5. Модуль Покриття II. Серцево-судинна хірургія.

11.5.1. Операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда) - хірургічне втручання, рекомендоване лікарем-кардіологом призначеного Страховиком та погодження Лікаря-Страховика, для корекції звуження або закупорки однієї або більше коронарних артерій шляхом установки обхідних трансплантатів. При цьому виключаються такі процедури: лікування захворювань коронарних артерій методами, відмінними від шунтування коронарних артерій, такими як будь-які види ангіопластики і стентування.

11.5.2. Заміна або відновлення одного або декількох клапанів серця за рекомендацією лікаря-кардіолога призначеного Страховиком та погодження Лікаря-Страховика, незалежно від того, чи виконується це з використанням відкритої операції на грудній клітці, малоінвазивним способом або за допомогою серцевого катетера.

11.6. Модуль Покриття III. Нейрохірургія.

11.6.1. внутрішньочерепна і спінальна хірургія.

11.6.2. будь-яке хірургічне втручання в області головного мозку або будь-яких інших структур порожнини мозкового черепа;

11.6.3. лікування доброякісних пухлин, розташованих в спинному мозку (*Medulla spinalis*).

11.7. Інформація про обрану Страхувальником Програму страхування вказується Сертифікаті щодо кожної Застрахованої особи. Страховик має право вносити зміни до Програми страхування при пролонгації Договору, при цьому Страховик та Страхувальник укладають додаткову угоду до цього Договору, в якій будуть зазначені відповідні зміни, що внесені Страховиком до обраної Страхувальником Програми страхування для Застрахованої особи на новий період страхування.

11.8. Програми страхування, покриття за ними та їх наповнення.

Наявність позначки "ТАК" означає, що такий Модуль покриття за такою Програмою страхування надається, інші позначки - означають, що такий Модуль покриття за такою Програмою страхування не надається. Обсяг послуг та ліміти відшкодування

(виплат) обмежені для кожної Програми страхування. Для кожної Застрахованої особи обирається одна з Програм страхування.

ПОКРИТТЯ / ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	11.8.1. ОНКО	11.8.2. ОНКО + СЕРЦЕ + НЕЙРО
Модуль Покриття I. Онкологічні захворювання згідно п. 11.4. Договору	Так	
Модуль Покриття II. Серцево-судинна хірургія згідно п. 11.5. Договору	Ні	Так
Модуль Покриття III. Нейрохірургія згідно п. 11.6. Договору	Ні	Так
Страхова сума на один річний період дії Договору згідно з п. 12.3. Договору	100 000 євро	200 000 євро
Загальний пожиттєвий ліміт згідно з п. 12.5. Договору	200 000 євро	500 000 євро
Придбання призначених ліків в Україні після завершення лікування в медичному закладі згідно п. 15.5.1. Договору	5 000 євро	
Витрати на транспортування та проживання Застрахованої особи, супроводжуючої особи згідно п. 15.3.1 та п. 15.3.2. Договору	3 поїздки в обидва кінці в межах одного страхового випадку, тривалістю до 14 днів кожна поїздка	
Період дії страхового покриття згідно п. 17.5. Договору	24 місяці від дати першої поїздки	
Контролю стану здоров'я в Україні згідно з п. 15.5.2. Договору після лікування за Програмою	до 4 разів в рік, (не частіше 1 разу на 90 днів)	
Країни, в які можуть направити застраховану особу на лікування	Україна / Іспанія / Ізраїль / Туреччина / Польща	

12. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

12.1. Розмір страхової суми, лімітів, страхового платежу, порядок його сплати та страховий тариф вказані в Сертифікаті щодо Застрахованої особи до цього Договору.

12.2. Страхові суми та ліміти, є зменшувальні (агрегатні), тобто, сума, в межах якої Страховик зобов'язується виплатити страхове відшкодування витрат згідно Програми страхування зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

12.3. Страхова сума на річний період дії Договору страхування встановлюється відповідно до обраної Програми страхування. Якщо страхова сума буде використана повністю протягом одного року страхування, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором припиняється до закінчення поточного страхового року, та відновлюється на початок наступного страхового року за умови пролонгації Страхувальником Договору страхування, сплати страхового платежу та у випадку якщо не вичерпано загальний пожиттєвий ліміт який встановлено відповідно до обраної Програми страхування.

12.4. Річний ліміт відповідальності для застрахованої особи на лікарські препарати в Україні є агрегатним та завжди зменшується на суму вже здійснених виплат за лікарські препарати в Україні по конкретній Застрахованій особі.

12.5. Загальний пожиттєвий ліміт по Застрахованій особі, використовується при Пролонгації на другий та наступні роки, встановлюється відповідно до обраної Програми страхування. Цей ліміт є агрегатним та завжди зменшується на суму страхових виплат, здійснених по страховим випадкам по Застрахованій особі по цьому Договору страхування та по Договорам страхування до яких цей Договір має ознаку "Пролонгації", або до його попередніх чи наступних Договорів. У випадку якщо його буде використано повністю, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором припиняється та цей Договір вважається достроково припиненим з моменту такого вичерпання.

12.6. При пролонгації Договору страхування Страховик має право вносити зміни до встановлених Договором окремих лімітів страхових сум та/або страхових тарифів, умов, здійснювати відповідне зменшення або збільшення страхових платежів.

12.7. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий платіж у строк, передбачений цим Договором, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими умовами даного Договору страхування, автоматично продовжується на пільговий період – 30 (тридцять) календарних днів. При цьому, Страховик визнає випадок страховим, якщо він стався протягом пільгового періоду, виключно за умови сплати чергового страхового платежу протягом періоду, зазначеного в цьому пункті. У разі не сплати чергового страхового платежу у вищезазначений період - Договір припиняє свою дію та Страховик звільняється від зобов'язань по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, що настали після дати, в яку повинен бути сплачений черговий страховий платіж за Договором. Пільговий період також застосовується для пролонгації Договору страхування

13. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Договір укладається на один рік.

13.2. За ініціативою Страховика та згодою Страхувальника, може бути здійснено Пролонгацію на новий річний період страхування за згодою Страхувальника та Страховика на умовах, що діють у Страховика на той момент. З метою Пролонгації Страхувальник звертається до Страховика, не пізніше ніж за тридцять календарних днів до дати припинення дії Договору. Факт укладання нового Договору (Пролонгації) посвідчується новим Сертифікатом.

13.3. Договір не може бути продовжений, з року наступного за датою досягнення Застрахованою особою віку 65 повних років.

14. МІСЦЕ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ

14.1. Договір діє на території всього світу.

14.2. Надання медичної допомоги здійснюється на базі медичних установ на території України, Іспанії, Ізраїлю, Туреччини та Республіки Польща з якими співпрацює Страховик.

14.3. Лікування на за межами України здійснюється за наявності одночасно взаємної згоди Страховика і Застрахованої особи та відповідного Рішення в Попередньому медичному сертифікаті лікування Застрахованої особи, в якому зазначено про необхідність лікування за межами України, за умови, що таке лікування не можна отримати в Україні через відсутність відповідного обладнання, досвіду чи фахівців.

14.4. Покриття лікарського забезпечення в Україні (згідно п. 15.5.1 цього Договору) та Контролю стану здоров'я (згідно п. 15.5.2 цього Договору) відбувається на території України.

15. ПОСЛУГИ, ВИТРАТИ, ЩО МОЖУТЬ ВХОДИТИ В ПОКРИТТЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОБРАНОЇ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Відповідно до умов Програми страхування передбачено вичерпне покриття послуг, витрат (в межах страхових сум, зазначених в Договорі, що виникають у зв'язку зі встановленими страховими випадками, перерахованими в програмі страхування в п. 11.8. Послуги повинні бути організовані, і витрати повинні бути понесені протягом відповідного Періоду дії страхового покриття. Послуги, витрати, що можуть входити в покриття в залежності від обраної програми страхування:

15.1. ПОСЛУГИ ДО ОТРИМАННЯ ЛІКУВАННЯ.

15.1.1. Друга медична думка: Застрахована особа має право в момент повідомлення про настання страхового випадку вимагати від Страховика послугу «Друга медична думка» для підтвердження діагнозу захворювання або медичної процедури, що входять в програму, і визначення оптимального плану лікування.

15.1.2. Послугу «Друга медична думка» можна запросити тільки один раз по кожному страховому випадку.

15.2. ПОСЛУГИ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ.

Відповідно до умов Договору, відшкодовуються такі витрати (в межах лімітів, зазначених в Договорі страхування), що виникають у зв'язку з необхідним з медичної точки зору лікуванням захворювань і проведенням медичних процедур, передбачених умовами і перерахованих в Попередньому медичному сертифікаті:

15.2.1. ПРИ СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ:

- проживання, харчування та загальний догляд під час перебування Застрахованої особи в палаті, відділенні або секції стаціонару, або у відділенні реанімації або клінічного моніторингу;
- інші послуги стаціонару, в т.ч. які надаються амбулаторним відділенням стаціонару (включаючи послуги перекладача), а також витрати, які стосуються вартості додаткового ліжка або ліжка для супроводжуючої особи, якщо стаціонар надає таку послугу;
- використання операційної і всіх супутніх послуг.

15.2.2. **ПОСЛУГИ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ** або окремого оздоровчого центру, за умови, що лікування, хірургічне втручання або рецептурні лікарські засоби входять в покриття за Договором при їх наданні в стаціонарі.

15.2.3. Огляди, лікування, надання медичних послуг або хірургічне втручання профільного лікаря.

15.2.4. Відвідування лікарів під час госпіталізації.

15.2.5. Наступні медичні та хірургічні послуги, лікування або рецептурні лікарські засоби:

- анестезія або застосування анестетиків за умови, що дані дії здійснюються кваліфікованим анестезіологом;
- лабораторні аналізи і патологічні дослідження, рентген-діагностика з метою підготовки лікування, радіотерапія, радіоізотопна діагностика, хіміотерапія, електрокардіограма, ехокардіографія, мієлограма, електроенцефалограма, ангиограма, комп'ютерна томографія та інші схожі дослідження і способи лікування, необхідні для діагностики та лікування захворювань, або проведення медичних процедур, які входять в покриття за програмою за умови їх проведення лікарем або під медичним контролем;
- переливання крові, введення плазми і сироватки;
- витрати, які відносяться до використання кисню, застосування внутрішньовенних розчинів і ін'єкцій;
- променева терапія: високоенергетичне випромінювання для скорочення пухлин і знищення ракових клітин рентгеновськими променями, гамма-променями і зарядженими частинками - це типи випромінювання, що використовуються для знищення злоякісних клітин або за допомогою пристрою поза тілом (променева терапія зовнішнім променем), або за допомогою радіоактивного матеріалу, поміщеного в тканину пухлини (внутрішня променева терапія, брахітерапія);
- реконструктивна хірургія для відновлення або реконструкції структури, пошкодженої або видаленої медичними процедурами, організованими і сплаченими відповідно до умов Договору;

- лікування ускладнень або побічних ефектів, безпосередньо пов'язаних з медичними процедурами, організованими і оплаченими відповідно до умов які вимагають негайної медичної допомоги в стаціонарі або поліклініці та не дають можливість транспортувати Застраховану особу після завершення етапу лікування.

15.2.6. **МЕДИКАМЕНТИ**, які застосовуються за медичним приписом під час госпіталізації Застрахованої для лікування захворювання або проведення медичної процедури, які входять до покриття за Договором. Медикаменти, призначені для післяопераційного лікування, оплачуються протягом 30 днів з моменту завершення Застрахованою особою стадії лікування і тільки за умови, що дані медикаменти придбано Страховиком до завершення такого етапу лікування.

15.2.7. **НАЗЕМНЕ І ПОВІТРЯНЕ ЕКСТРЕНЕ МЕДИЧНЕ ТРАНСПОРТУВАННЯ**, якщо таке запропоноване лікарем і попередньо узгоджено зі Страховиком та Лікарем-Страховика.

15.3. **НЕМЕДИЧНІ ВИТРАТИ**, що покриваються під час лікування.

Умови цього Договору включають такі немедичні витрати (в межах страхової суми, зазначеної п.5), що виникають у зв'язку з поїздкою, проживанням, і іншими заходами, організованими Страховиком для забезпечення Застрахованій особі доступу до медичного обслуговування відповідно до умов, зазначених в Попередньому медичному сертифікаті.

Витрати на проїзд та проживання оплачуються в цілому на **3 (три) поїздки в обидва кінці** для Застрахованої особи, супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня) для кожної поїздки, включаючи виїзд з України до місця лікування і повернення додому, а також проживання на весь період кожної поїздки.

Оплата немедичних витрат проводиться тільки для перших 3 (трьох) поїздок на кожну Застраховану особу, яка отримує лікування.

Терміни і тривалість поїздок будуть встановлюватися додатково на підставі плану-графіка лікування, зазначеного лікуючим лікарем за погодженням Лікаря-Страховика.

15.3.1. **ВИТРАТИ НА ПРОЇЗД** з метою лікування за Програмою страхування.

Транспортні витрати на поїздку Застрахованої особи і одного супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня) з єдиною метою отримання лікування за погодженням Страховиком у попередньому медичному посвідченні. Організація транспортування повинна здійснюватися Страховиком. Страховиком не відшкодовуються будь-які транспортні витрати, понесені Застрахованою особою або третьою особою від імені Застрахованої особи при самостійній організації ними поїздки без попереднього погодження зі Страховиком.

Страховик несе відповідальність за встановлення дат транспортування відповідно до погодженого графіка лікування. Зазначені дати доводяться до відома Застрахованій особі в терміни, які дозволяють Застрахованій особі зробити всі необхідні йому приготування.

У разі, якщо Застрахована особа змінює дати транспортування, які були повідомлені йому Страховиком, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати Страховику всі витрати, пов'язані з організацією і здійсненням нового транспортування, за винятком випадків, коли зміни були узгоджені з Страховиком як необхідні з медичної точки зору.

У програму входять наступні транспортні послуги:

- проїзд від постійного місця проживання Застрахованої особи до встановленого аеропорту або міжнародної залізничної станції;
- проїзд по вартості залізничного або авіаквитка економ-класу до місця лікування, а також трансфер до зазначеного готелю;
- проїзд від встановленого готелю або медичного закладу в аеропорт або до міжнародної залізничної станції;
- проїзд по вартості залізничного та/або авіаквитка економ-класу до міста, в якому постійно проживає Застрахована особа;
- транспортні витрати не включають регулярний трансфер від готелю до стаціонару або офісу Лікаря під час лікування.

15.3.2. **ВИТРАТИ НА ПРОЖИВАННЯ** під час лікування.

Проживання одного супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня) з єдиною метою отримання лікування за погодженням зі Страховиком. Проживання повинно бути організовано Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати за проживання, організоване Застрахованою особою або третьою особою від імені Застрахованої особи. Страховик організовує проживання в дати відповідно до графіка лікування погодженого одночасно Лікуючим лікарем, Лікарем-Страховика та Страховиком. Дати повідомляються Застрахованій особі в терміни, що дозволяють Застрахованій особі зробити всі необхідні приготування. Страховик встановлює дату повернення відповідно до терміну завершення лікування і за погодженням з лікуючим Лікарем тоді, коли Застрахований буде в змозі подорожувати. У випадку, якщо Застрахована особа змінить дату поїздки, раніше узгоджену з Страховиком, Застрахована особа повинна буде компенсувати Страховику всі витрати, пов'язані з новою організацією проживання, якщо тільки ця зміна не була погоджена з Страховиком як необхідна з медичної точки зору.

Організація проживання включає бронювання та сплату двомісного номера з одним двоспальним або двома односпальними ліжками в готелі високої якості (3 або 4-зіркового), включаючи сніданок. Вибір готелю залежить від доступності вільних номерів та виходячи з розташування лікарні чи лікаря в радіусі 10 км). Харчування (за винятком сніданку), а також супутні витрати в готелі не оплачуються. Підвищення класу обслуговування в готелі коштом Застрахованої особи забороняється.

15.3.3. **ВИТРАТИ НА РЕПАТРІАЦІЮ**.

У разі смерті Застрахованої особи за межами України в ході лікування, організованого відповідно до умов Договору, Страховик сплатить репатріацію останків померлої особи в Україну.

В покриття входять тільки послуги та вироби, необхідні для підготовки тіла померлої особи та транспортування його в Україну, в т.ч.:

- послуги похоронного бюро по організації міжнародної репатріації, в т.ч. бальзамування і всі адміністративні питання;
- труна, яка відповідає мінімальним вимогам;
- транспортування останків померлої особи з аеропорту в пункт поховання в Україні.

15.4. Страховиком не компенсуються та не відшкодовуються будь-які витрати у зв'язку з лікуванням Застрахованої особи, що сплачені самостійно Застрахованою особою чи будь-якою іншою особою, ніж Страховик чи уповноважений Страховиком представник, якщо Страховик самостійно письмово не повідомить про Застраховану особу про необхідність самостійної оплати.

15.5. **МЕДИЧНІ ВИТРАТИ**, що покриваються після завершення лікування за Програмою страхування:

15.5.1. **ВИТРАТИ НА ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ В УКРАЇНІ**, які покриваються після повернення з лікування у медичному закладі:

Витрати на медикаменти після повернення з лікування у медичному закладі, придбані на території України, рекомендовані до застосування лікуючим лікарем та Лікарем-Страховика при виконанні одночасно наступних умов:

15.5.1.1. медикаменти ліцензовані і дозволені (схвалені) до використання і застосування відповідним органом державної влади України;

15.5.1.2. доступні для придбання на території України, терміни і спосіб їх застосування сприяють продовженню лікування, і

15.5.1.3. рецепти на медикаменти виписані українським лікарем;

15.5.1.4. медикаменти рекомендовані лікарем (лікарями) з метою продовження узгодженого обсягу лікування і погоджено з Страховиком та Лікарем-Страховика;

15.5.1.5. медикаменти призначаються після госпіталізації за межами України строком не менше трьох послідовних днів, та схвалені Страховиком в Попередньому медичному Сертифікаті;

15.5.1.6. дозування медикаменту виписане на курс прийому, що не перевищує двох місяців;

15.5.1.7. рецепт на медикаменти виписаний протягом відповідного Періоду дії страхового покриття.

Купівля медикаментів на території України, відповідно до пункту 15.5.1 Договору, повинна бути організована, погоджена і оплачена Страховиком. У випадках, коли вартість медикаментів була частково компенсована державною системою охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом, Страховик відшкодує тільки ті витрати, які не фінансуються з інших джерел, і, отже, повинні бути оплачені безпосередньо Застрахованою особою. У заяві на відшкодування витрати необхідно розділити на витрати, оплачені безпосередньо Застрахованою особою, і витрати, що покриваються із зазначених вище джерел. У разі, якщо рекомендовані медикаменти (або альтернативний еквівалентний лікарський засіб з аналогічною ефективністю), що підтверджує Страховик:

- не має ліцензії або офіційно не схвалені в Україні, як зазначено в наведеному п. 15.5.1.1., або
 - недоступний Застрахованій особі для покупки в Україні, як зазначено в наведеному вище п. 15.5.1.2.,
- але

- дотримані всі інші перераховані вище умови пунктів 15.5.1.4 - 15.5.1.7

- умови Договору передбачають оплату витрат на медикаменти, придбані за межами України.

В цьому випадку Страховик організовує транспортування і розміщення на умовах, описаних в пп. 15.3.1 та 15.3.2 Застраховану особу і супроводжуючу особу, з урахуванням загального обмеження до 3 (трьох) поїздок.

15.5.2. **КОНТРОЛЬ СТАНУ ЗДОРОВ'Я** після повернення з лікування у медичному закладі.

Після закінчення етапу лікування, умовами програми передбачається оплата витрат, пов'язаних з Контролем стану здоров'я Застрахованої особи на території України, при дотриманні наступних умов та обмежень:

15.5.2.1. контроль стану здоров'я здійснюється в одній з клінік, обраних Страховиком, і

15.5.2.2. контроль стану здоров'я здійснюється в Україні в терміни і в порядку, необхідному для проведення поточного спостереження за погодженням Лікаря-Страховика, і

15.5.2.3. контроль стану здоров'я здійснюється відповідно до рекомендацій лікуючого лікаря, в міру необхідності спостереження і оцінки стану здоров'я за погодженням Лікаря-Страховика, і

15.5.2.4. рахунки за послуги, пов'язані з Контролем стану здоров'я, виставлені до закінчення відповідного періоду дії страхового покриття. Послуги, пов'язані з Контролем стану здоров'я, відповідно до пункту 15.5.2. при здійсненні в Україні, повинні бути організовані і оплачені безпосередньо Страховиком в Україні. У разі, якщо лікарі, відповідальні за здійснення Контролю стану здоров'я в Україні, вказують, що в зв'язку зі зміною стану здоров'я Застрахованої особи, необхідно змінити запропоновані методи Контролю стану здоров'я, що були спочатку встановлені лікуючим лікарем, нові методи контролю необхідно довести до відома Лікаря-Страховика для затвердження і схвалення, якщо схвалення буде, і відшкодування витрат буде проводитися відповідно до нових схвалених методів. У випадках, коли вартість Контролю стану здоров'я була частково компенсована в рамках державної системи охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом, Страховик відшкодує тільки ті витрати, які не фінансуються з інших джерел.

16. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

16.1. **Загальні виключення.**

16.1.1. Витрати, викликані будь-якими захворюваннями і медичними процедурами, не передбаченими в програмі страхування згідно п. 11.8. цього Договору та цим Договором.

16.1.2. Витрати, прямо не передбачені в програмі страхування згідно п. 11.8. цього Договору для Застрахованої особи та цим Договором.

16.1.3. Витрати, пов'язані із захворюваннями або тілесними ушкодженнями, викликаними військовими діями, терористичними актами, сейсмічними поштовхами, громадськими заворушеннями і сутичками, виверженням вулкана, а також прямими або непрямими наслідками ядерної реакції та інших надзвичайних або катастрофічних подій; а також офіційно оголошеними епідеміями.

16.1.4. Будь-які медичні витрати, пов'язані з алкоголізмом, залежністю від наркотиків і/або токсичних речовин в результаті надмірного вживання алкоголю і/або вживання психоактивних, наркотичних чи галюциногенних препаратів.

16.1.5. Також виключаються наслідки і захворювання, що виникли при спробах суїциду і нанесенні собі шкоди.

16.1.6. Витрати, пов'язані з будь-якими захворюваннями і станами, які викликані навмисно або шахрайським способом, або є наслідком прояву недбалості або злочинної необережності Застрахованої особи, або виникли під час проведення злочину

16.1.7. Будь-яке лікування, що необхідне внаслідок настання нещасного випадку із Застрахованою особою.

16.1.8. Будь-яка термінова, екстрена, невідкладна медична допомога до початку лікування організованого Страховиком за цим Договором та після завершення лікування організованого Страховиком за цим Договором;

16.1.9. Збитки, що виникли якщо Застрахована особа до, під час або після закінчення процесу визнання випадку страховим, встановленого Страховиком або під час лікування:

- не дотримувалася рекомендацій, призначень або встановленого лікарем плану лікування або
- відмовилася від будь-якого лікування або від додаткових обстежень або аналізів, необхідних для встановлення остаточного діагнозу або плану лікування.

16.2. **Медичні виключення.**

16.2.1. Захворювання, які були присутні до початку дії Договору.

16.2.2. Будь-які захворювання Застрахованої особи, які були діагностовані, виявлені, щодо яких проводилося лікування або проявилось пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами/ свідченнями (ознаками) протягом періоду очікування.

16.2.3. Лікування із застосуванням генної терапії, терапії соматичних клітин, тканинно-інженерних методів.

16.2.4. Експериментальне лікування, а також діагностичні, лікувальні та/або хірургічні процедури, безпека і надійність яких не обґрунтована і не підтверджена міжнародним медичним співтовариством.

16.2.5. Медичні процедури, необхідність яких викликана захворюванням СНІД (синдром набутого імунodefіциту), ВІЛ (вірусом імунodefіциту людини) або будь-яким захворюванням, ними викликаним (в т.ч. саркома Капоші), або будь-яким лікуванням СНІД або ВІЛ.

16.2.6. Виключається лікування наступних форм онкологічних захворювань:

16.2.6.1. будь-які пухлини при наявності Синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ);

16.2.6.2. будь-який не пов'язаний з меланою рак шкіри, який гістологічно класифікується як такий, що не проник за межі епідермісу (зовнішнього шару шкіри);

16.2.6.3. будь-яке лікування, яке передбачає застосування Технології CAR (Химерний рецептор антигену), CAR Т-клітинної терапії.

16.2.7. Будь-які послуги, які не є необхідними з медичної точки зору для лікування захворювання або здійснення медичної процедури, які входять в покриття за програмою страхування.

16.2.8. Витрати на альтернативні методи лікування, обслуговування, виробу медичного призначення або рецептурні лікарські препарати по захворюванню, кращим лікуванням для яких є трансплантація, що не покривається Договором.

16.2.9. Будь-яке захворювання або медичний стан, який було викликано медичними процедурами, організованими і сплаченими за цим Договором, за винятком випадків, коли дане захворювання або медичний стан передбачено програмою або вимагає проведення медичної процедури, що входять в програму відповідно до розділу 11.

16.2.10. Лікування довгострокових побічних ефектів; полегшення хронічних симптомів; реабілітація; фізіотерапія; відновлення рухливості; мовна та логопедична терапія; паліативна допомога та будь-яка медична допомога, що спрямована на зняття симптомів для пацієнтів чиє лікування є неможливим/необхідним з медичної точки зору.

16.2.11. Витрати на лікарські препарати в Україні (п. 15.5.1) не оплачуються в наступних випадках:

- вартість лікарських засобів була частково компенсована в рамках державної системи охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом;
- вартість введення / застосування препарату;
- вартість лікарських препаратів, придбаних за межами України, якщо Страховиком не встановлено інше,
- вартість лікарських засобів, при наданні Страховику документів на відшкодування більш ніж через 180 календарних днів з моменту виникнення витрат.

16.2.12. Витрати на Контроль стану здоров'я відповідно до п. 15.5.2, не оплачуються, якщо:

- витрати були компенсовані державною системою охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом;
- витрати відносяться до медичних послуг, не передбачених планом лікування, затвердженим Страховиком.
- витрати понесені в медичній установі, що не затверджена Страховиком;
- витрати понесені без погодження зі Страховиком.

16.2.13. Будь-які пересадки органів, їх частин і сегментів, клітин, шкіри та такін.

16.2.14. Лікування стовбуровими клітинами.

16.2.15. Будь-яке лікування, яке не може бути відтерміноване на період, що наданий Страховику для процесу перевірки та організації процесу лікування.

16.2.16. Будь-яке лікування, якщо Застрахована особа не є транспортабельною для переміщення до медичного закладу для проходження лікування або таке транспортування напряму загрожує її життю.

16.2.17. Виключення з покриття для Модулю Покриття I. Онкологічні захворювання:

- Дисплазія шийки матки CIN1, CIN2, CIN3;
- Будь-які передракові зміни в клітинах, які цитологічно та гістологічно класифікуються як дисплазія високого ступеня диференціювання або важка дисплазія;
- Будь-які доброякісні пухлини та новоутворення (в т.ч. гістологічно діагностовані як передракові);
- Злоякісна меланома класу A1 (1 міліметр), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
- Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
- Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
- Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;
- Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).
- Будь-які онкологічні захворювання на фоні вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

16.2.18. Виключення з покриття для Модулів Покриття II. Серцево-судинна хірургія та Модуль Покриття III. Нейрохірургія.

- Лікування родових травм та/або вроджених вад розвитку будь-якого виду, в тому числі вроджених вад розвитку та функціонування серця, судин, головного мозку, черепної коробки, спинного мозку або хребта;
- Будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, в т.ч. трансплантації кісткового мозку будь-якого виду. Дане виключення також відноситься до лікування онкології;
- Медичні та інші послуги, які надаються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень;
- Лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом).

16.3. **Витрати, що не покриваються.**

16.3.1. Будь-які витрати, викликані або пов'язані з діагнозом, лікуванням, обслуговуванням, наданням виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів будь-якого роду в будь-якій країні світу, якщо Застрахована особа на момент подачі заяви про настання страхового випадку не перебувала на території України в законному статусі резидента України або громадянина України.

16.3.2. Будь-які витрати, понесені після закінчення Періоду страхового покриття.

16.3.3. Будь-які витрати, понесені до видачі Попереднього медичного сертифіката.

16.3.4. Будь-які витрати, понесені самостійно Застрахованою особою без попереднього погодження зі Страховиком.

16.3.5. Будь-які витрати, понесені в стаціонарі, відмінному від зазначеного в Попередньому медичному сертифікаті.

16.3.6. Будь-які витрати, що не відповідають умовам, викладеним у розділі 17 Договору.

16.3.7. Будь-які витрати, понесені за послуги з цілодобового перебування (госпіталізації) в спеціалізованих установах, перебування на курорті, в клініці природної медицини, на дому, послуг в оздоровчому центрі, хоспісі або будинку для літніх людей, навіть якщо такі послуги потрібні або необхідні внаслідок захворювання або медичної процедури, що входять в покриття.

16.3.8. Будь-які витрати, понесені при придбанні (або оренді) будь-яких видів протезів або ортопедичних пристроїв, корсетів, бандажів, милиць, штучних кінцівок, органів та перук (навіть якщо їх використання вважається необхідним в ході лікування хіміотерапією), ортопедичного взуття, зубних протезів, гризових бандажів і іншого схожого обладнання або виробів, за винятком протезів молочної залози після мастектомії і протезів клапанів серця, потрібних для проведення медичних процедур, організованих і оплачених за даним Договором.

16.3.9. Будь-які витрати, понесені при придбанні чи оренді крісел-колясок, спеціальних ліжок, приладів кондиціонування повітря, очищувачів повітря і інших схожих виробів чи обладнання.

16.3.10. Всі фармацевтичні та лікарські препарати, які не були відпущені ліцензованим фармацевтом, або які можуть бути придбані без медичного рецепту.

16.3.11. Всі витрати на використання засобів альтернативної та експериментальної медицини, навіть якщо вони були рекомендовані лікарем.

16.3.12. Будь-які витрати на медичний догляд або госпіталізацію у випадках когнітивних розладів, церебрального синдрому, старечої немочі або порушення мозкового кровообігу, незалежно від стадії розвитку даних станів.

16.3.13. Витрати на послуги перекладача, телефонний зв'язок та інші витрати, пов'язані з предметами особистого користування або за своєю суттю не є медичними, або на будь-які інші послуги, що надаються родичам або супроводжувачим.

16.3.14. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою, її родичами, або супроводжувачими, крім прямо передбачених полісними умовами.

16.3.15. Будь-які медичні витрати, які не є загальноприйнятими і розумними.

16.3.16. Будь-які витрати на регулярне транспортування з готелю до медичного закладу або до лікаря, організовані Застрахованою особою, супроводжуючим.

16.3.17. Будь-які витрати, що не були попередньо погоджені Лікарем-Страховика.

17. ПРОЦЕДУРА ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

Перш ніж отримати будь-яке лікування, послугу, постачання або медичний рецепт щодо захворювання або медичної процедури що покриваються програмою страхування (розділ 11), Застрахована особа, а також будь-яка особа, яка законно виступає від її імені, повинні виконати вказану нижче процедуру.

17.1. Повідомлення про страховий випадок.

Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:

17.1.1. протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника/Застрахованої особи спосіб, зокрема за телефонною лінією **0800330683** або **+380442214421**. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.

17.1.2. надати Страховикові вірогідні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика.

17.1.3. страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася з Застрахованою особою, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються умовами Програми страхування. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються та прирівнюються до одного страхового випадку.

17.1.4. Застрахована особа буде проінформована про необхідність надати Страховику результати всіх діагностичних тестів і досліджень і історії хвороби, необхідних для прийняття рішення по визнанню випадку страховим.

17.1.5. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором, Страховик/представник Страховика може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи/ Вигодонабувача) надати Страховику наступні документи:

17.1.5.1. Звернутися із заявою-повідомленням про страховий випадок та на здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком, яка знаходиться на офіційному сайті Страховика oberig-sg.com;

17.1.5.2. копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи;

17.1.5.3. копію ідентифікаційного номера Вигодонабувача та Застрахованої особи;

17.1.5.4. Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;

17.1.5.5. Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.

17.1.6. Якщо Застрахована особа робить запит послуги «Друга медична думка», ця послуга повинна бути надана до прийняття рішення про визнання випадку страховим, застрахована особа може відмовитись від цієї послуги.

17.2. Зобов'язання Застрахованої особи.

17.2.1. Застрахована особа зобов'язана сприяти Страховику, надаючи вільний доступ до медичних документів, що знаходяться в розпорядженні Застрахованої особи або лікарів, стаціонарів або інших медичних установ, які надавали йому допомогу до дати отримання відповідного повідомлення про настання страхового випадку.

17.2.2. Будь-яка заява на здійснення страхової виплати буде розглядатися для прийняття рішення про визнання випадку страховим тільки після отримання від Застрахованої особи, відповідних лікарів, стаціонарів або інших медичних установ всієї необхідної інформації.

17.3. Оцінка Заяви на страховий випадок і пропозиція медичних закладів для лікування.

17.3.1. Після отримання результатів усіх відповідних діагностичних досліджень і історії хвороби за запитом Страховик, Застрахована особа отримує повідомлення про визнання /невизнання випадку страховим.

17.3.2. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 10 (десяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті.

17.3.3. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 17.3.2 даного Договору, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати, в письмовій формі обгрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.

17.3.4. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 17.3.2 даного Договору, прийняв рішення про здійснення страхової виплати та якщо Застрахована особа заявляє про бажання лікуватися за Програмою страхування, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, Страховик надасть Застрахованій особі список рекомендованих медичних установ для лікування.

17.3.5. Якщо Застрахованій особі буде необхідно організувати лікування, згідно умов цього Договору, Страховик перевіряє, чи не закінчився Період дії страхового покриття, в результаті чого можливі такі сценарії:

Сценарій 1: Повний термін лікування.

Якщо відповідно до модуля страхового покриття (розділ 11) не висувалося жодних претензій (не були зафіксовані страхові випадки), внаслідок яких лікування могло б бути організовано і сплачено, то Страховик підтверджує тривалість періоду дії страхового покриття.

Сценарій 2: Скорочений термін лікування.

Якщо відповідно до модуля страхового покриття (розділ 11) раніше була подана претензія (був зафіксований страховий випадок (ки)) і, внаслідок якого лікування було організовано і сплачено відповідно до умов, то Страховик підтверджує тривалість періоду дії страхового покриття в кількості місяців, що залишилися.

Сценарій 3: Термін лікування (період дії страхового покриття) закінчився.

Якщо відповідно до модуля страхового покриття (розділ 11) раніше була подана претензія (був зафіксований страховий випадок (ки)) і, внаслідок якого лікування було організовано і сплачено за Договором, при цьому Період дії страхового покриття повністю закінчився.

Згідно з сценаріями 1 і 2, Застрахованій особі буде надано список рекомендованих клінік.

17.4. Лікування за Програмою страхування: Попередній медичний сертифікат

17.4.1. Після отримання від Застрахованої особи підтвердження про рішення лікуватися за Програмою страхування в медичній установі, обраній зі списку рекомендованих для лікування медичних установ партнерів Страховика, за умови, що Період дії страхового покриття ще не закінчився, Страховик організовує все необхідне для поїздки і лікування Застрахованої особи і видасть Попередній медичний сертифікат, дійсний тільки для узгодженого медичного закладу.

17.4.2. Перелік рекомендованих медичних установ і Попередній медичний сертифікат враховують стан здоров'я Застрахованої особи на момент видачі. Оскільки стан здоров'я Застрахованої особи з часом може змінитися, обидва документи будуть дійсні протягом трьох місяців.

17.4.3. Якщо Застрахована особа не вибрала медичний заклад із запропонованого списку або не почала лікування в узгодженому стаціонарі, зазначеному в Попередньому медичному сертифікаті протягом трьох місяців після його випуску, нові версії цих документів можуть бути переоформлені з урахуванням нових даних про стан здоров'я Застрахованої особи.

17.4.4. За умови виконання вимог Попереднього медичного сертифіката, Страховик, відповідно до умов Договору, буде безпосередньо оплачувати медичні витрати, передбачені пунктом 15.2 і брати на себе організацію поїздки і розміщення, передбачені пунктами 15.3.1 та 15.3.2 з урахуванням обмежень, винятків і умов, викладених в Договорі.

17.5. Період дії страхового покриття, що застосовується.

17.5.1. Період дії страхового покриття починається з дати першої поїздки з метою лікування в межах Програми страхування.

17.5.2. Відповідно до умов Договору покриваються витрати за надані послуги (в межах встановлених цим Договором страхових сум та лімітів), що виникають у зв'язку зі страховими випадками за передбаченою Договором програмою страхування і протягом Періоду дії страхового покриття.

17.5.3. Якщо Застрахована особа починає лікування в Стаціонарі, зазначеному в Попередньому медичному сертифікаті, перед закінченням періоду дії страхового покриття, то його медичні витрати будуть оплачуватися відповідно до положень пункту 15.2, до дати завершення лікування, передбаченої планом лікування.

17.6. Обслуговування після лікування в медичному закладі.

17.6.1. В Період дії страхового покриття, Страховик надасть Застрахованій особі інструкцію з користування медичними послугами після лікування в медичному закладі. Ці інструкції будуть засновані на рекомендаціях лікаря.

В цьому випадку Застрахована особа: користується можливістю придбання медикаментів відповідно до п. 15.5.1 та Контролю стану здоров'я відповідно до п. 15.5.2 до закінчення Періоду дії страхового покриття.

17.7. Експертиза страхового випадку після повернення Застрахованої особи з медичного закладу після лікування.

17.7.1. Після остаточного повернення Застрахованої особи після завершення запланованого лікування, зміна стану Застрахованої особи може вимагати оцінки даного стану для визначення необхідного за медичними показаннями нового лікування. Якщо не закінчився Період дії страхового покриття, Застрахована особа може звернутися до Страховика для проведення такої оцінки.

17.7.2. Страховик знову проінформує Застраховану особу про кроки, необхідні для надання Страховику всіх відповідних діагностичних тестів і медичних документів, необхідних для завершення цієї оцінки.

17.7.3. Якщо оцінка стану (як описано в п. 17.3) підтвердить необхідність лікування, Страховик видасть новий Попередній медичний сертифікат і направить список рекомендованих клінік партнерів Страховика для лікування за Програмою страхування (як зазначено в пунктах 17.3 та 17.5).

17.7.4. В результаті оцінки може знадобитися нова послуга «Друга Медична думка», якщо це буде обґрунтовано з медичної точки зору на думку Страховика.

17.7.5. Договір буде продовжувати забезпечувати покриття всіх послуг і медичних витрат (як зазначено в розділі 15) до кінця Періоду дії страхового покриття, що застосовується відповідно до умов останнього випущеного Попереднього медичного сертифіката.

17.8. Співробітництво.

17.8.1. Застрахована особа і її родичі повинні дати свій дозвіл на відвідування її лікарями, уповноваженими Страховиком і/або Страховиком, і на право направлення будь-яких запитів в будь-які організації і установи, які необхідні Страховику; для цієї мети лікарі, які відвідали Застраховану особу і надали йому медичну допомогу звільняються від зобов'язання дотримання медичної таємниці.

17.8.2. Відмова від таких відвідувань буде розцінена Страховиком як пряма відмова Застрахованої особи і її родичів від права на отримання страхового відшкодування по страховому випадку, що входить до покриття за цим Договором.

18. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

18.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

18.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи/Вигодонабувача) спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку та вчиненні у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

18.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

18.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою/Страхувальником/Вигодонабувачем) неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт та обставини настання страхового випадку;

18.1.4. Застрахованій особі на дату укладення Договору виповнилось 65 (шістдесят п'ять) років і більше;

18.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин страхового випадку і розміру страхової виплати.

18.2. Застрахована особа і її родичі повинні допускати лікарів, що призначені Страховиком - для нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика відповідно до пункту 17.8. цього Договору Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати на підставі п.18.1.5 умов даного Договору.

18.3. Страховик також може відмовити повністю або частково у страховій виплаті у наступних випадках:

18.3.1. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика;

18.3.2. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору страхування;

18.3.3. У інших випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України.

19. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.

19.1. Страховик має право:

19.1.1. При укладенні Договору страхування чи внесенні змін до нього, а також при врегулюванні страхового випадку, вимагати результати медичного огляду Застрахованої особи та/або інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку та/або для підтвердження факту настання страхового випадку;

19.1.2. Встановлювати обмеження щодо дії страхового покриття за страховими ризиками, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо;

19.1.3. Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов Договору страхування, самостійно проводити перевірку обставин настання страхових випадків, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку (при об'єктивній необхідності);

19.1.4. Запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

19.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

19.1.6. Відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках передбачених умовами даного Договору страхування;

19.1.7. Доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору.

19.1.8. Достроково припинити дію Договору на умовах цього Договору.

19.1.9. Відмовити в пролонгації Договору.

19.1.10. Самостійно приймати рішення щодо зміни медичного закладу, лікаря, країни лікування під час лікування Застрахованої особи, яке вже розпочато та/або триває, за умови, що така зміна медичного закладу чи країни лікування не є

протипоказанням з медичної точки зору та застрахована особа є транспортальною.

19.2. Страховик зобов'язаний:

19.2.1. Ознайомити Страхувальника/ Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами;

19.2.2. Надати Страхувальнику дублікат Договору страхування за його письмовим запитом;

19.2.3. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника/ Застраховану особу, щодо стану здоров'я, майновий стан та умови Договору страхування за винятком випадків, передбачених чинним законодавством;

19.2.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;

19.2.5. При відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі/Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови.

19.3. Застрахована особа (Страхувальник) має право:

19.3.1. Одержати страхову виплату при настанні страхового випадку у випадках передбачених умовами даного Договору;

19.3.2. Достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому даним Договором;

19.3.3. Одержати дублікат Договору у випадку його втрати;

19.3.4. Вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

19.3.5. Оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

19.4. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

19.4.1. При укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, стан здоров'я та перенесені Застрахованою особою та/або Страхувальником захворювання, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

19.4.2. Сплачувати страхові платежі у розмірі та в строки передбачені п. 7.4 даного Договору;

19.4.3. Не передавати Договір іншій особі для отримання послуг;

19.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів;

19.5. Страхувальник/Застрахована особа несе відповідальність за достовірність наданих нею Страховику інформації та документів;

19.6. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання інших умов Договору страхування регулюється чинним законодавством України.

20. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

20.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика.

20.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін. Не допускається внесення змін до Договору при відсутності згоди на внесення таких змін однією із Сторін.

20.3. Дія Договору страхування припиняється, та він втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:

20.3.1. Закінчення строку дії Договору страхування: з 00-00 годин дня, наступного за останнім днем закінчення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами даного Договору;

20.3.2. При несплаті Страхувальником чергового страхового внеску у розмірі та у строки, передбачені Договором або у порядку та у строки згідно п. 12.7 даного Договору;

20.3.3. У випадку смерті Застрахованої особи або втрати її дієздатності (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);

20.3.4. Ліквідації Страховика, у порядку, встановленому законодавством України;

20.3.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

20.3.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.

20.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення.

20.5. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страховик повинен письмово повідомити Страхувальника не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення.

20.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

20.6.1. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених, але не сплачених страхових виплат;

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

20.7. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:

20.7.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю за оплачений Страхувальником період страхування, що залишився до кінця строку дії сплаченого річного періоду страхування;

20.7.2. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених, але не сплачених страхових виплат.

20.8. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

21. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ

Дата надання Страховику інформації про Застраховану особу - дата станом на яку Застрахована особа / Страхувальник підтверджують, що – Застрахована особа відповідає вимогам до застрахованих осіб встановлених п. 9.2. цього Договору. У разі прийняття на страхування неповнолітніх така інформація підтверджена батьками або законним опікуном Застрахованої особи. Датою надання Страховику інформації про Застраховану особу є одна з дат, яка є більш ранньою:

- Дата укладання цього Договору
- Дата укладання Договору до якого цей Договір укладено з ознакою Пролонгації.

Дата надання Страховику інформації про Застраховану особу встановлюється окремо відносно кожної Застрахованої особи.

Нещасний випадок – це короточасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму), призовів до тимчасової або постійної втрати працездатності Застрахованої особи або настала її смерть.

Лікар – фахівець, який має офіційний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні її провадження, що здійснює свою діяльність відповідно до вимог національної системи охорони здоров'я та має спеціалізацію відповідно до захворювання/стану Застрахованої особи.

Лікар-страховика – фахівець, який має офіційний дозвіл на здійснення медичної діяльності у країні її провадження, що був призначений Страховиком для супроводу лікування Застрахованої особи.

Лікарня, Медичний заклад – це лікувальний заклад або клініка, що здійснює свою діяльність відповідно до вимог національної системи охорони здоров'я, на законних підставах уповноважена на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащена всім необхідним відповідно до своєї спеціалізації медичним обладнанням та укомплектована кваліфікованим персоналом.

Супроводжуюча особа – особа, яка супроводжує Застраховану особу до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованої особи в Країні призначення. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг.

Період очікування – кількість днів визначена Договором, що відліковується з дати початку дії Договору страхування. Будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми / свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах протягом Періоду очікування не є підставою для отримання страхового відшкодування протягом всього терміну дії цього Договору та наступних Договорів, що будуть укладені внаслідок Пролонгації. Значення по кількості днів Період очікування фіксується страховиком в Сертифікаті, а у разі, якщо в документах значення по кількості днів Період очікування відсутнє, то воно встановлюється рівним 180 дням,

якщо Договір укладається вперше та 0 днів, якщо страхування є безперервним та Договір має ознаку Пролонгації в розумінні цього Договору. Якщо страхування не є безперервним, або додано нову Застраховану особу, то застосовується новий Період очікування 180 днів та Дата надання Страховику інформації про Застраховану особу встановлюється як Дата здійснення такої дії. Період очікування встановлюється окремо відносно кожної Застрахованої особи.

Сплачене / не сплачене (заявлене) страхове відшкодування – вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені або ще не сплачені Страховиком/представником Страховика згідно умов договору страхування. Страхове відшкодування здійснюється у рамках страхової суми та лімітів, шляхом оплати вартості медичних та інших послуг, передбачених умовами даного Договору.

Норматив на ведення справи – норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 60 (шістдесят) % від страхового платежу.

Виключення – певні ситуації або стани, що ніколи не покриваються Договором і за якими у Страховика відсутнє зобов'язання здійснювати страхову виплату. Перелік виключень наведений у розділі 16.

Період дії страхового покриття: період, 24 (двадцять чотири календарних) місяців, який починається з дати першої поїздки за Програмою страхування, яка організована і оплачена відповідно до умов цього Договору у зв'язку з подією, яка визнана страховим випадком.

Окремий Період дії страхового покриття встановлюється для кожного модуля покриття, що зазначені в розділі 11 (застосований Період дії страхового покриття), з моменту прийняття першої заяви на страховий випадок за модулем покриття, результатом якого є організація і оплата поїздки відповідно до умов Договору.

Застосований період дії страхового покриття – це період часу, протягом якого сплачується страхове відшкодування за всіма заявами на виплату/претензіями передбаченими для даного модуля покриття, що зазначений в розділі 11.

Терористичні акти – дії, до яких, зокрема, відноситься застосування сили або насильства та/ або погроз такого застосування, що здійснюються особою або групою (ами) осіб самостійно, від імені або у взаємозв'язку з будь-якою організацією (-ями) або урядом (ми), які здійснюються в політичних, релігійних, ідеологічних або аналогічних цілях, в т. ч. з наміром вплинути на будь-який уряд та/ або викликати у громадськості або будь-якої частини громадськості страх; або використання будь-яких біологічних, хімічних, радіоактивного або ядерних речовин, матеріалів, пристроїв або зброї.

Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту – це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних

формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

Страхове відшкодування: обсяг або рівень обслуговування та покриття, на яке застрахована особа має право відповідно до Договору страхування.

Послуга «Друга медична думка» - другий медичний висновок щодо передбачених програмою ризиків: захворювань /станів. У послугу входить надання консультативного висновку, складеного на основі збору і детального вивчення лікарем-експертом медичних даних пацієнта.

Послуга «Медичний консьерж-сервіс» - послуга Страховика, що включає всі заходи з організації лікування Застрахованої особи в зв'язку з підтвердженим страховим випадком. Послуга передбачає загальний контроль за ходом лікування, а також допомогу в організації проїзду і проживання для Застрахованої особи і особи, що її супроводжує.

Методи лікування з використанням генної та клітинної інженерії:

- **Методи генної терапії:** зміни генного апарату, що приводить до терапевтичного, профілактичного або діагностичного ефекту. Ці методи працюють шляхом введення "рекомбінантних" генів в організм, як правило, для лікування різних захворювань, включаючи генетичні порушення, рак або тривалі захворювання. Рекомбінантний ген- це ділянка ДНК або РНК, яка створюється в лабораторії, об'єднуючи ДНК або РНК з різних джерел;
- **Методи терапії соматичних клітин:** використання клітин або тканин, на які було виконано вплив з метою змінити їх біологічні характеристики, а також клітин або тканин, яким надано не характерні для них функції. Ці методи можуть бути використані для лікування, діагностики чи профілактики захворювань;
- **Тканинно-інженерні конструкції:** вони містять клітини або тканини, які були модифіковані, щоб їх можна було використовувати для відновлення, регенерації або заміни людських тканин.

Альтернативна медицина, експериментальна медицина - системи, практики і продукти медицини і охорони здоров'я, які в цей час не визнаються як частина загальноприйнятої медицини або стандартних схем лікування, включаючи серед іншого: акупунктуру, ароматерапію, хіропрактику, гомеопатію, натуропатію і остеопатію, аюрведу, методи традиційної китайської медицини.

Технологія CAR (Химерний антигенний рецептор): тип

лікування, при якому Т-клітини пацієнта (тип клітини імунної системи) змінюються в лабораторії з метою атаки злоякісних клітин. Т-клітини беруться з крові пацієнта потім в лабораторії додають ген спеціального рецептора, який зв'язується з певним білком на злоякісних клітинах пацієнта. Спеціальний рецептор називається химерним антигенним рецептором (CAR). Велику кількість Т-клітин CAR вирощують в лабораторії і вводять пацієнтові шляхом інфузії.

Когнітивні розлади: відповідно до положень останньої версії Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V) - це розлади, які погіршують когнітивну функцію людини до такої міри, що його нормальна взаємодія з суспільством без лікування неможлива.

Експериментальне лікування: лікування, процедура, курс лікування, обладнання, лікарський або фармацевтичний препарат, призначені для медичного або хірургічного використання:

- чия безпека, ефективність або доцільність для лікування захворювань або травм не підтверджена різними науковими організаціями, які визнані міжнародним медичним співтовариством,
- або щодо яких проводяться дослідження, випробування або клінічні дослідження на будь-якій стадії.

Контроль стану здоров'я - це діагностичні обстеження/спостереження (лікарем зі спеціальним досвідом, що має відношення до захворювання Застрахованої особи), які використовуються після лікування за Програмою страхування з метою запобігання рецидиву даного захворювання у Застрахованої особи.

План Контролю стану здоров'я повинен бути розроблений лікуючим лікарем та погоджений Лікарем-страховика за Програмою страхування із зазначенням часових інтервалів і виду діагностичних процедур.

Стационар: приватна чи державна організація, законно уповноважена надавати лікування основних захворювань або травм, що має в своєму розпорядженні матеріальні/технічні засоби і компетентний персонал для проведення діагностування та хірургічного втручання, з цілодобовим (24 години на добу) присутністю лікарів і медичного персоналу.

Госпіталізація - перебування в стаціонарі або клініці з проживанням тривалістю не менше ніж доба.

Травма - пошкодження, завдане організму Застрахованої особи.

Захворювання: будь-яке порушення структури або функції організму, системи або органу, що має ідентифіковані та характерні набори ознак та симптомів або характеризується послідовними анатомічними змінами. Діагноз повинен бути поставлений лікарем, що здійснює свою діяльність відповідно до закону.

Захворювання включає всі тілесні ушкодження і їх наслідки, що виникають в результаті одного і того ж діагнозу, а також всі захворювання, викликані однієї і тієї ж причиною або пов'язаними з нею причинами. Якщо захворювання викликане тією ж самою причиною, яка викликала попереднє захворювання або пов'язаної з ним причину, то захворювання має розглядатися як продовження попереднього, а не як окреме захворювання.

Необхідними з медичної точки зору є медичні послуги та

вироби, які:

- запропоновані Застрахованій особі для лікування передбаченого програмою захворювання або медичні процедури, що виконуються з метою поліпшення медичного стану і;
- визнані ефективними для поліпшення стану на підставі планових методів лікування, які за типом, частотою і тривалістю відповідають діагнозу, що підтверджено даними, опублікованими в наукових медичних джерелах (наприклад PubMed) або в науково обґрунтованих американських, британських, європейських стандартів (зокрема, для лікування онкологічних захворювань будуть застосовуватися клінічні практичні рекомендації NCCN (Національна онкологічна мережа), згідно пункту 11.4) і;
- економічно ефективні в порівнянні з альтернативним методами, які призводять до аналогічного результату, включаючи відсутність лікування та
- потрібні з причин, не пов'язаних з вигодою Застрахованої особи або її лікаря.

Факт, що лікар рекомендував, наказав, замовив або підтвердив послугу або витратні матеріали, сам по собі не означає, що така послуга або матеріали необхідні з медичної точки зору та покриваються відповідно до Договору страхування.

Медикаменти: будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть застосовуватися Застрахованою особою з метою відновлення, корекції або поліпшення фізіологічних функцій, або сприяють постановці діагнозу. Придбання медикаментів має бути можливим тільки за рецептом лікаря в фармацевтичному закладі, який має ліцензію.

Рецепт, виписаний для придбання оригінальних медикаментів також дійсний для придбання ідентичних ліків з тією самою діючою речовиною, типом впливу і дозуванням, що і оригінальні ліки.

Неінвазивний рак або рак "in situ": злоякісна пухлина, обмежена тієї епітеліальної тканиною, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини.

Захворювання, які були присутні до початку дії договору: будь-які захворювання та стани Застрахованої особи, які були діагностовані, виявлені, щодо яких проводилося лікування або проявилися чи пов'язані з ними медично підтвержені симптоми або свідчення чи ознаки протягом 10 років до дати початку терміну страхування за першим Договором.

Попередній медичний сертифікат: письмове погодження складене Страховиком, що включає підтвердження покриття за Договором до надання послуг в зазначеному медичному

закладі, опису лікування, послуг, виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів, що відносяться до страхового випадку.

Протез: пристрій, що замінює собою орган або його частину, або замінює повністю або частково функції непрацюючої або несправної частини тіла.

Реконструктивна хірургія: процедури, які призначені для відновлення втраченої або деформованої частини тіла.

Хірургічні втручання: будь-які операції, що здійснюються з діагностичною або терапевтичною метою, що проводяться хірургом в стаціонарі шляхом розсічення або іншими способами внутрішнього проникнення, зазвичай вимагають використання операційної.

Лікування: необхідне з медичної точки зору лікування, організоване Страховиком протягом Періоду дії страхового покриття в місці надання медичної допомоги за програмою і оплачене згідно з Договором.

Сертифікат – сертифікат про страхування, що є частиною Договору, що може видаватися при укладенні Договору та перевидається у випадках Пролонгації Договору. Сертифікат містить дані про Застраховану особу, Страхувальника, страхову суму, страхову премію, тариф, строк дії, порядок сплати страхового платежу, обрану Страхувальником для Застрахованої особи Програми страхування, Період очікування та інші умови страхування. Сертифікат може видаватися Страховиком в електронному вигляді із застосуванням факсимільного підпису і печатки Страховика. Сертифікат складається за формою згідно Додатку №1 до ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS", але Страховиком може видаватись також документ іншої форми схожого змісту.

Перелік застрахованих осіб до Сертифіката – є частиною Сертифікату до Договору, що може видаватися при укладенні Договору та перевидається у випадках Пролонгації Договору. Перелік застрахованих осіб містить дані про Застраховану особу, Страхувальника, страхову суму, страхову премію, тариф, строк дії, порядок сплати страхового платежу, обрану Страхувальником для Застрахованої особи Програми страхування, Період очікування та інші умови страхування. Перелік застрахованих осіб може видаватися Страховиком в електронному вигляді із застосуванням факсимільного підпису і печатки Страховика. Перелік застрахованих осіб може не складатися, якщо щодо Застрахованих осіб Страховиком Страхувальник видано Сертифікати, що є Додатком до цього Договору.

22. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

22.1. Спори за Договором, що виникають між Страхувальником і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів.

22.2. Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою/ Вигодонабувачем) з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат тощо можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому, оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.

22.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа передається на розгляд у відповідний суд, згідно з чинним законодавством України.

22.4. Позови за вимогами, які витікають із Договору страхування, можуть бути пред'явлені Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

23. ІНШІ УМОВИ

23.1. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 7 (семи) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин непереборної сили належать:

23.1.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за Договором або призводять до значного не прогнозованого росту цін на медичну допомогу (послуги, медикаменти) або на тарифоутворення.

23.1.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які були офіційно об'явлені після укладення Договору страхування на території України та території країн надання послуг.

23.2. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати або страхового відшкодування, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати або страхового відшкодування призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великобританії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.

23.3. Страховик в жодному разі, за жодних обставин не несе ніяких видів відповідальності за діяльність, бездіяльність, неналежне, несвоєчасне, повне чи неповне невиконання обов'язків будь-якими третіми особами (надавачами медичних послуг, медичного обладнання, постачальниками товарів медичного призначення та медикаменти, готелями та іншими установами, що надають житло в користування чи оренду, транспортними компаніями, авіакомпаніями, компаніями перевізниками, лікуючими лікарями, медичним персоналом, лікарнями, медичними закладами та будь-кого іншого), що були задіяні Страховиком в процесі дії цього Договору.

23.4. Шляхом укладення Договору страхування за цією програмою страхування Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страховик надає, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація на офіційному сайті Страховика oberig-sg.com. Ця інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, всі умови Договору страхування, Правил страхування йому зрозумілі; вся вищезазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

23.5. Шляхом укладення даного Договору страхування, Страхувальник/Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) погоджуються з умовами, викладеними в даному Договорі страхування та надають згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних (далі - ПД), в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надають свою згоду на передачу таких персональних даних іноземним суб'єктам відносин, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається), інших договорів, а саме договору про надання послуг з організації та координації надання послуг Застрахованим особам, Договору Перестраховання та інших, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору. Страхувальник та Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) посвідчують, що отримали повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних та неповнолітньої дитини до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені.

23.6. Підписанням цього Договору Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором.

23.7. Договір передбачає покриття лише нових страхових випадків, що настають з дати укладання цього Договору. Страхові випадки, що регулюються цим Договором, та належать до договорів попередніх періодів, не покриваються. Це означає, що рецидиви або відновлення медичних станів, що відносяться за цим Договором до медичних станів, які покриваються, і виникли в результаті заявлених раніше страхових випадків (за попередніми періодами та/або попередніми договорами Страховика), не будуть покриватися.

СЕРТИФІКАТ ПРО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS"

місто Київ

Дата видачі

1. СТРАХОВИК	ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СТРАХОВА ГРУПА "ОБЕРІГ" м. Київ, вул. Васильківська, 14 0800218201, 0442214421 www.oberig-sg.com info@oberig-sg.com
<small>Цей Сертифікат про страхування (надалі в тексті – Сертифікат) видається Страхувальнику згідно ПУБЛІЧНОГО ДОГОВОРУ-ОФЕРТИ ЩОДО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS", що розміщено на веб-сайті за посиланням https://www.oberig-sg.com/oferty (галі в цьому Сертифікаті - Договір) і засвідчує факт укладення Договору щодо окремої Застрахованої особи на умовах Програми страхування.</small>	
2. СТРАХУВАЛЬНИК	Дані Страхувальника
3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (Вигодонабувач)	Дані Застрахованої особи
4. ОБРАНА ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	
5. СТРАХОВА СУМА та ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ	
6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ (поточного річного періоду)	6.1. Дата початку дії за цим Сертифікатом 6.2. Дата закінчення дії за цим Сертифікатом 6.3. Період виключення за цим Сертифікатом
<small>6.3.1. Під Періодом виключення розуміється – 180 днів з дати початку дії Договору, протягом яких будь-яка хвороба, яка була діагностована, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом терміну дії Договору. При пролонгації Договору, після завершення першого року його дії та при пролонгаціях на наступні терміни щодо Застрахованої особи Період виключення не застосовується, якщо між щорічними термінами не було перерви більше ніж 30 календарних днів..</small>	
7. СТРАХОВИЙ ТАРИФ	
8. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	
9. ПОРЯДОК ОПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ за всіма застрахованими особами згідно Договору	

Сертифікат видано до Договору та він є його невід'ємною частиною. Цей Сертифікат визначає Програму страхування, страхову суму та страховий платіж на один річний період дії Договору та порядок його сплати. Умови страхування та визначення термінів вживаних Сертифікаті містяться в Договорі. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений з умовами ПУБЛІЧНОГО ДОГОВОРУ-ОФЕРТИ ЩОДО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS", що розміщено на веб-сайті за посиланням <https://www.oberig-sg.com/oferty>, беззаперечно і в повному обсязі приймає всі його умови та зобов'язується їх дотримуватися і виконувати.

СТРАХОВИК
ТДВ "СГ "ОБЕРІГ"

СТРАХУВАЛЬНИК

З Правилами, умовами Договору ознайомлений і згоден.
Свій примірник Договору та Сертифікату отримав.

_____ / _____

СТОРІНКА 1 з 1.

** Форма цього Сертифікату є приблизною та може змінюватись Страховиком в односторонньому порядку (додаванням, зміненням вилученням частини інформації). Страховик може видавати окремий сертифікат щодо кожного Акцепту. Остаточна і достовірна форма Сертифікату - це та форма за якою Страхувальник отримав такий Сертифікат від Страховика. В будь-якому разі, умови страхування регулюються виключно Офертою, Сертифікат є документом, що містить окрему інформацію щодо обраних Опцій, проте не встановлює прав, обов'язків Страховика і Страхувальника та не врегульовує питання щодо умов та порядку здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування.*