ЧАСТИНА «Б» ДОГОВОРУ
(ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПІД ЧАС ВИЇЗДУ ЗА КОРДОН "VISA").

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ
1.1. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), пов'язані із життям та здоров'ям Застрахованої особи, та відшкодуванням витрат за медичні послуги, надані Застрахованій особі під час її поїздки за кордон медичними закладами та асистуючими компаніями згідно Правил, цього Договору, його окремих умов та лімітів і обмежень страхування, що ним передбачені.

2. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ (з урахуванням всіх обмежень та умов Договору):
2.1. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої укладається договір і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
2.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до АСИСТАНСУ з метою отримання екстреної медичної допомоги та інших послуг згідно Договору в межах страхової суми та відповідних лімітів, згідно Договору, з приводу РАПТОВОГО ЗАХВОРЮВАННЯ, ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (якщо таке загострення загрожує життю Застрахованої особи) та наслідків нещасного випадку. Під «екстреною» розуміють медичну допомогу, яка необхідна за життєвими показаннями та ненадання або відстрочення надання якої становить пряму загрозу життю Застрахованої особи.
2.3. Страховими випадками визнаються події, що сталися із Застрахованою особою в період і на території чинності Договору. Згідно Договору передбачений ліміт відповідальності Страховика за одним страховим випадком в розмірі п'яти відсотків від страхової суми за Договором, при цьому враховуються інші окремо встановлені ліміти по видах допомоги/послуг та інші обмеження зазначені в Договорі.

3. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ЗАЗНАЧЕНОГО В РОЗДІЛІ 2 ЧАСТИНИ «Б» ДОГОВОРУ. СТРАХОВИК ВІДШКОДОВУЄ В МЕЖАХ СТРАХОВОЇ СУМИ НА ОДНУ ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ (ЇЇ ВІДПОВІДНИХ ЛІМІТІВ) ТА З ВРАХУННЯМ ОБМЕЖЕНЬ ЗГІДНО ДОГОВОРУ НАСТУПНІ ВИТРАТИ:
3.1. По добровільному медичному страхуванню - понесення витрат, пов'язаних з наданням Третіми особами медичних та інших послуг в разі раптового захворювання та/або нещасного випадку:
3.1.1. На лікування Застрахованої особи:
- перебування і лікування Застрахованої особи в стаціонарі (виключно у палаті стандартного типу) при раптовому захворюванні або нещасному випадку, включаючи витрати на проведення невідкладних операцій, на діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні матеріали, засоби фіксації, призначені лікарем, та на оплату лікаря, при цьому ліміт відповідальності Страховика становить – 1000,00 (одна тисяча) у.о.
3.1.2. На транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу у випадку раптового захворювання або нещасного випадку, якщо її самостійне пересування неможливе через тяжкий стан;
3.1.3. На евакуацію Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку раптового захворювання, якщо подальше лікування можна продовжити в країні постійного проживання Застрахованої особи, якщо така еквакуація була дозволена лікуючими лікарями та погоджена зі Страховиком/Асистансом.
3.1.4. На репатріацію Застрахованої особи до країни постійного проживання у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, при цьому максимальний розмір страхового відшкодування (ліміт) від Страховика становить – 1000,00 (одна тисяча) у.о.;
3.1.5. Застрахованим особам віком понад 60 років Страховик відшкодовує витрати на отримані невідкладні медичні послуги в ліміті, що не перевищує 500,00 (п'ятсот) у.о., по курсу НБУ на дату надання медичних послуг за всіма страховими випадками за час дії Договору;
3.1.6. На проживання в готелі протягом 3 днів одного з близьких родичів у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані, при цьому вартість проживання за одну добу не може перевищувати 20 (двадцять) у.о.
3.1.7. На термінові повідомлення, пов'язані з надзвичайними подіями або страховим випадком, що передаються АСИСТАНСУ;
3.1.8. На поховання Застрахованої особи в країні перебування в розмірі не більшому ніж 500,00 (п'ятсот) у.о.;
3.1.9. На проїзд економічним класом одного з близьких родичів до країни перебування Застрахованої особи та в зворотному напрямку у випадку перебування Застрахованої особи в медичному закладі у критичному стані більше десяти днів в ліміті, що не перевищує 500,00 (п'ятсот) у.о.
3.1.10. Згідно Договору встановлено максимальний ліміт відповідальності Страховика за одним страховим випадком з однією застрахованою особою в розмірі п'яти відсотків від страхової суми за Договором та в будь-якому разі не більше 1500,00 (однієї тисячі п'ятсот) у.о., при цьому враховуються інші окремо встановлені ліміти по видах допомоги/послуг та інші обмеження зазначені в Договорі.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ
4.1 Страховик не несе відповідальності за цим Договором і не відшкодовує визначені в п. 3.1. частини «Б» цього Договору витрати:
4.1.1. Витрати здійснені Застрахованою особою (Страхувальником) самостійно без попереднього погодження з АСИСТАНСОМ в сумі, що перевищує 200 (двісті) умовних одиниць (не відшкодовується сума такого перевищення). Не відшкодовуються витрати, що перевищують ліміти встановлені цим Договором на певні види медичних та інших послуг, які обмежені лімітом в цьому Договорі;
4.1.2. На лікування хронічних захворювань (в тому числі психічних, депресій), крім випадків загострення хронічних хвороб, що становили загрозу життю Застрахованої особи;
4.1.3. На вибіркове або планове медичне обстеження;
4.1.4. На лікування захворювань, не вилікуваних на день початку поїздки і які з медичної точки зору є протипоказаннями для поїздки;
4.1.5. На лікування захворювань, які в попередні 6 місяців до настання страхового випадку вимагали стаціонарного лікування;
4.1.6. На медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, що не є невідкладним і не призначене в результаті раптової хвороби або нещасного випадку;
4.1.7. На медичне обслуговування або лікування наслідків нещасного випадку або раптового захворювання Застрахованої особи, що виникли внаслідок участі Застрахованої особи у громадянській війні або війні з іноземною державою, а також участі в бунтах, повстаннях, терористичних актах, диверсіях і т.п.;
4.1.8. Пов'язані з будь-яким радіаційним ураженням;
4.1.9. Пов'язані з епідемією, забрудненням навколишнього середовища та стихійним лихом;
4.1.10. Пов'язані з наслідками вживання алкоголю та сп'яніння (відсоток алкоголю в крові перевищує норму, встановлену законом країни перебування), наркотичного або токсичного сп'яніння, вживання ліків або наркотичних засобів без призначення лікаря;
4.1.11. Пов'язані з наслідками нещасних випадків, що спровоковані Застрахованою особою;
4.1.12. Пов'язані з наслідками самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;
4.1.13. Пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, в тому числі: пологи, штучне переривання вагітності (за винятком випадків, коли штучне переривання вагітності було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням за медичними показаннями);
4.1.14. Пов'язані із захворюваннями, що передаються статевим шляхом (в тому числі TORCH-інфекції, СНІД, ВІЛ);
4.1.15. Пов'язані з нещасними випадками, що сталися в результаті: заняттями фізичної праці (Група ризику "РОБОТА"), активним відпочинком, будь-якими видами спорту, в тому числі під час змагань або тренувань (Група ризику "АКТИВНИЙ ТУРИЗМ"), якщо інше не передбачено умовами цього Договору страхування (наявність умовної позначки відповідної групи ризику в частині «А» Договору визначеної Договором);
4.1.16. Пов'язані зі здійсненням Застрахованою особою професійної діяльності, якщо інше не передбачено особливими умовами цього Договору страхування;
4.1.17. На водолікування, косметичне лікування, SPA-процедури;
4.1.18. На протезування, придбання протезів та ортопедичних виробів (оптичних коректорів зору, окулярів, оправ до них, контактних лінз, слухових апаратів, вимірювальних приладів тощо), на придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
4.1.19. На щеплення;
4.1.20. На стоматологічне лікування, крім випадків, пов'язаних з усуненням гострого зубного болю;
4.1.21. Що виникли внаслідок застосування способів лікування, офіційно не визнаних наукою та медициною;
4.1.22. На лікування, призначене та здійснене особою, з якою Застрахована особа перебуває у родинних/інших близьких стосунках;
4.1.23. Пов'язані з перебуванням в санаторіях, пансіонатах, будинках відпочинку та інших закладах подібного типу;
4.1.24. Пов'язані з наданням послуг медичними закладами, що не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на медичну діяльність;
4.1.25. Пов'язані з відновлювальною терапією та фізіотерапією;
4.1.26. Пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, зволожувача, послуг перукаря, косметолога тощо, якщо інше не передбачено особливими умовами цього Договору страхування;
4.1.27. Пов'язані з доглядом за Застрахованою особою родичами або призначеними ними особами, незалежно від того, чи є вони професійними медичними працівниками;
4.1.28. Понесені Застрахованою особою у зв'язку з професійною помилкою лікаря, моральними збитками та іншими непрямими збитками.
4.1.29. Всі витрати понесені Застрахованою особою у зв'язку із амбулаторно-поліклінчним лікуванням.
4.3. Страховик не несе відповідальності за цим Договором, якщо страховий випадок стався:
4.3.1. Внаслідок участі Застрахованої особи в будь-яких діях під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії цього Договору;
4.3.2. Внаслідок участі Застрахованої особи в громадських заворушеннях, революції, заколоті, повстаннях, страйках, путчах, локаутах або терористичних актах;
4.3.3. Внаслідок ядерного інциденту, впливу іонізуючого випромінювання, радіаційного забруднення;
4.3.4. Внаслідок Невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: http://mfa.gov.ua/ щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до Договору.
4.3.5. Страховик не відшкодовує витрати на послуги, що перевищують помірні чи обґрунтовані розміри їх оплати у відповідному регіоні.
4.3.6. Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди.
4.3.7. Дія страхового захисту та обов'язки по оплаті вимог чи послуг, передбачених цим договором, можливі у тій мірі та до тих пір, поки це не суперечить економічним, торговельним або фінансовим санкціям чи ембарго, встановленим Європейським союзом або Україною, що безпосередньо застосовуються до сторін договору. Це також відноситься до економічних, торговельних та фінансових санкцій чи ембарго, встановлених Сполученими Штатами Америки у відношенні до Ісламської республіки Іран, Північної Кореї та Сирії в тій мірі, в якій вони не суперечать європейському та українському законодавству.

5. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ.
Страховик не оплачує і не відшкодовує вартість лікування та послуг, пов'язаних із такими захворюваннями і подіями:
5.1. лікування хронічних захворювань, вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;
5.2. новоутворення, хвороби ендокринної системи, цукровий діабет;
5.3. нервові захворювання (крім невритів), психічні захворювання, а також пов'язані з ними травматичні пошкодження;
5.4. венеричні захворювання, імунодефіцитний стан, СНІД;
5.5. хвороби крові та кровотворних органів;
5.6. епідемічні та пандемічні хвороби;
5.7. гостра та хронічна променева хвороба;
5.8. вагітність (за винятком позаматкової вагітності), пологи, переривання вагітності;
5.9. будь-які розлади здоров'я, ускладнення або смерть внаслідок невиконання рекомендацій лікуючого лікаря, побічні дії ліків, що не були призначені лікарем, а також побічні дії харчових добавок;
5.10. захворювання або наслідки (ускладнення) захворювань на вірусні гепатити, туберкульоз;
5.11. захворювання та розлади органів слуху, крім гострого захворювання органів слуху;
5.12. грибкові та дерматологічні хвороби, алергічні дерматити будь-якого походження, сонячні опіки першого та другого ступеню;
5.13. захворювання, що виникли до початку періоду страхування та/або на території постійного місця проживання, що призвели до медичних чи додаткових витрат під час подорожі, а також захворювання, що виникли після повернення Застрахованої особи з подорожі;
5.14. подальше лікування Застрахованої особи, якщо вона відмовляється від медичної евакуації до місця постійного проживання;
5.15. медичний огляд, що не є наслідком гострого болю, раптового захворювання та тілесного ушкодження, надання послуг, що не є обґрунтовано необхідними або невідкладними з медичної точки зору, чи не входять у призначене лікарем лікування, а також надання таких спеціальних послуг, як окрема палата, телефон, телевізор тощо;
5.16. послуги та лікування, що можна відкласти до повернення з подорожі, в тому числі проведення хірургічних операцій, які до закінчення подорожі можливо замінити курсом консервативного лікування;
5.17. проведення високотехнологічних маніпуляцій і операцій на серці та судинах, включно агіографію, ангіопластику, шунтування і т.п.;
5.18. діагностичні послуги: консультації, лабораторні дослідження та інші заходи не призначені лікарем та асистуючою компанією, як необхідні для встановлення діагнозу для подальшого лікування;
5.19. проведення профілактичних вакцинацій, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком, всі види пластичних та косметичних операцій і процедур, всі види протезування, трансплантації органів;
5.20. витрати понад встановлені Договором ліміти відповідальності Страховика по одному страховому випадку, по видах допомоги/послуг;
5.21. стоматологічне лікування;
5.22. фізіотерапевтичне лікування та лікування нетрадиційними методами;
5.23. придбання або ремонт допоміжних засобів (таких як кардіостимулятори, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, інгалятори, протези, милиці, інвалідні візки, вимірювальні прилади тощо), придбання загальноукріплюючих препаратів, засобів гігієни, дитячого харчування;
5.24. штучне запліднення, лікування безпліддя, заходи по запобіганню вагітності;
5.25. лікування алкоголізму, наркоманії і т.п., у тому числі лікування абстинентного синдрому;
5.26. медична евакуація, репатріація або поховання за кордоном організовані без письмового узгодження із Страховиком;
5.27. витрати, коли подорож була здійснена з наміром отримати лікування/профілактику;
5.28. самолікування, а також лікування, що здійснюється подружжям, батьками, або дітьми.
5.29. необхідність у індивідуальному догляді, патронажі та охороні;
5.30. на продовження лікування Застрахованої особи після її повернення до місця постійного проживання, а також не відшкодовуються витрати, які покриваються за рахунок соціального, медичного страхування та іншого забезпечення;
5.31. невиконання Страхувальником офіційних рекомендацій Міністерства закордонних справ України, тел.: +380442381657, сайт: http://mfa.gov.ua/ щодо поїздок до зон військових дій, терористичних атак, стихійних лих, епідемій чи пандемій, окрім випадків, коли такі поїздки передбачені умовами страхування, що письмово оформлені окремим додатком до Договору.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН
6.1. Страхувальник має право:
6.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;
6.1.2. На зміну умов цього Договору згідно з розділом 10 частини «Б» цього Договору;
6.1.3. На дострокове припинення дії цього Договору відповідно до розділу 11 частини «Б» Договору;
6.1.4. На отримання дублікату Договору у разі втрати оригіналу, для чого Страховику надається письмова заява про видачу дубліката. З моменту отримання дубліката загублений Договір є недійсним.
6.2. Страхувальник зобов'язаний:
6.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі;
6.2.2. При укладенні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику;
6.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування за аналогічними Правилами;
6.2.4. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору.
6.3. Застрахована особа має право:
6.3.1. На відшкодування тільки витрат в межах лімітів передбачених цим Договором з урахуванням зазначених в Договорі вимог та обмежень.
6.3.2. На страховий захист відповідно до Договору, якщо за ним визначений і сплачений страховий платіж в розмірі та строки передбачені Договором.
6.3.3. З метою прискорення процедури врегулювання події, що може бути визнана страховою, надавати Страховику наявні документи та інформацію про причини та обставини настання події.
6.4. Застрахована особа зобов'язана:
6.4.1. За перших ознак настання подія, що має ознаки страхового випадку повідомити АСИСТАНС про її настання, а в разі неможливості зробити це невідкладно – впродовж 24-х годин повідомити АСИСТАНС/Страховика в спосіб визначений Договором;
6.4.2. Неухильно дотримуватись інструкцій та рекомендацій, наданих їй АСИСТАНСОМ для координації подальших дій;
6.4.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
6.4.4. На вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку.
6.5. Страховик має право:
6.5.1. На дострокове припинення дії Договору відповідно до розділу 11 частини «Б» цього Договору;
6.5.2. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні та інші установи, підприємства, організації, які володіють такою інформацією, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку;
6.5.3. При необхідності організовувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;
6.5.4. При невиконанні Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору повністю або частково відмовити у виплаті страхового відшкодування.
6.6. Страховик зобов'язаний:
6.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами;
6.6.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування;
6.6.3. Здійснити виплату страхового відшкодування на умовах та в строки, передбачені цим Договором. Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла на момент прострочення страхової виплати, за кожен день такої затримки.
6.6.4. Зберігати в таємниці відомості про майновий стан Страхувальника та стан здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених законодавством України.
6.7. Третя особа має право:
6.7.1. На відшкодування понесених витрат в межах страхової суми та лімітів відповідальності на умовах п. 8.1.5.1. частини «Б» Договору.

7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ
7.1. У разі настання події, що може бути визнана страховою та призвести до непередбачених витрат, визначених п. 3.1.. частини «Б» цього Договору, Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити АСИСТАНС для отримання інструкцій щодо подальших своїх дій.
7.2. З метою координації подальших дій Застрахована особа зобов'язана повідомити АСИСТАНС наступні відомості: Прізвище та ім'я Застрахованої особи; Назву страхової компанії; Номер Договору; Страхову суму; Програму страхування - VISA; Термін дії Договору; Адресу місцезнаходження, номер контактного телефону Застрахованої особи; Характер необхідної допомоги.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ
8.1. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ ПРИ НАСТАННІ ПОДІЇ ЯКА МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ, ВИЗНАЧЕНИХ п. 2.2 ЧАСТИНИ «Б» ЦЬОГО ДОГОВОРУ
8.1.1 При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 8.1.8. частини «Б» цього Договору шляхом складання страхового акта або акта про відмову у виплаті страхового відшкодування відповідно.
8.1.2. Строк прийняття рішення подовжується Страховиком на період проведення медичного огляду, очікування документації та інформації про випадок від АСИСТАНСУ, відповідей компетентних органів, закладів за запитами Страховика.
8.1.3. Виплату страхового відшкодування Страховик здійснює протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складення страхового акту.
8.1.4. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик зобов'язаний протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня складання акту про відмову у виплаті страхового відшкодування повідомити Застрахованій особі у письмовій формі обґрунтовані причини відмови.
8.1.5. При настанні страхового випадку, зазначеного п. 2.2. частини «Б» цього Договору на його умовах, а також в межах лімітів зазначених в Договорі - Страховиком здійснюється виплата страхового відшкодування:
8.1.5.1. Безпосередньо АСИСТАНСУ, за надані Застрахованій особі послуги, на підставі договору про співробітництво між Страховиком та АСИСТАНСОМ та документів, що підтверджують факт настання та врегулювання страхового випадку;
8.1.5.2. Безпосередньо Застрахованій особі в разі порушення Застрахованою особою обов'язку щодо повідомлення АСИСТАНСУ або Страховика, Страховик може здійснити компромісну виплату страхового відшкодування, при якій відшкодувати безпосередньо Застрахованій особі тільки непередбачені медичні витрати в межах суми, що становить еквівалент 200 (двісті) у.о. в українській гривні;
8.1.5.3. Безпосередньо Застрахованій особі окрім випадків, визначеними п. 8.1.5.2. частини «Б» в межах ліміту, що становить еквівалент 500 (п'ятсот) у.о. в грошовій одиниці України.
8.1.6. Розмір страхового відшкодування визначається Страховиком на підставі отриманих документів, що засвідчують факт настання страхового випадку.
8.1.7. Страхове відшкодування сплачується Страховиком на підставі страхового акту в межах страхової суми на одну Застраховану особу та лімітів відповідальності, в розмірі фактичних та документально підтверджених витрат за вирахуванням франшизи, якщо така встановлена.
8.1.8. Для отримання страхового відшкодування на підставі п. 8.1.5.2. цього Договору Застрахована особа (її представники, спадкоємці) надає Страховику для прийняття рішення про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, такі документи:
8.1.8.1. Заяву на виплату страхового відшкодування;
8.1.8.2. Документ, що ідентифікує Застраховану особу;
8.1.8.3. Договір;
8.1.8.4. Оригінали документів, де вказані прізвище, ім'я пацієнта, діагноз захворювання, інформація про лікувальні процедури та дати їх проведення, а також сума сплати за проведене лікування;
8.1.8.5. Рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;
8.1.8.6. Інші документи, що підтверджують понесені Застрахованою особою витрати (квитанції, чеки тощо);
8.1.8.7. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру платника податків;
8.1.8.8. Інші документи на вимогу Страховика, що містять інформацію про подію, яка має ознаки страхового випадку.
8.1.9. Документи, зазначені в п. 8.1.8. цих частини «Б», можуть бути надані англійською, французькою, німецькою або іспанською мовами. Якщо документи складені іншими мовами, Застрахована особа має надати офіційний переклад українською мовою відповідно завірений (засвідчений).
8.1.10. Документи, що надаються для прийняття рішень про визнання або невизнання страхового випадку та виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.
8.1.11. Якщо Застрахована особа отримала відшкодування від осіб, винних у заподіянні збитків, Страховик виплачує різницю між сумою, яка підлягає виплаті та сумою, отриманою Застрахованою особою від цих осіб. Про отримання від винних осіб таких сум та їх розміри Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика.
8.1.12. Страхова сума на одну Застраховану особу зменшується протягом строку дії Договору на суму виплачених відшкодувань. Відповідні ліміти відповідальності Страховика по видам допомоги, послуг та розміри обмеженб виплат зменшуються протягом строку дії Договору на суму виплачених відшкодувань.

10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ
10.1. При настанні страхового випадку, визначених Договором, підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:
10.1.1. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору;
10.1.2. Невиконання або несвоєчасне виконання Застрахованою особою вимог щодо повідомлення АСИСТАНСУ або Страховика про настання подій, що можуть призвести до непередбачених витрат, або створення Страховику перешкод у визначенні причин та обставин настання страхового випадку, характеру та розміру збитків;
10.1.3. Здійснення Страхувальником або Застрахованою особою навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованою особою встановлюється відповідно до законодавства України;
10.1.4. Невиконання Застрахованою особою медичних призначень, рекомендацій та інструкцій АСИСТАНСУ / СТРАХОВИКА;
10.1.5. Відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання подій, що призвели до страхового випадку;
10.1.6. Подання Страховику неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
10.1.7. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
10.1.8. Ненадання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;
10.1.9. У разі, якщо сума збитку не перевищує встановлену договором франшизу та/або відповідні ліміти та/або обмеження розмірів виплат;
10.1.12. У разі якщо Страхувальник (Застрахована особа) на вимогу Страховика не надав Страховику оригінал платіжного документу від банківської установи через яку здійснювалося перерахування страхового платежу за цим Договором. Будь-який інший документ не замінює оригінал платіжного документу від банківської установи через яку здійснювалося перерахування страхового платежу за цим Договором та його ненадання надає Страховику право відмовити у виплаті страхового відшкодування;
10.1.11. В усіх інших випадках, передбачених чинним законодавством України, Договором, Правилами.
10.2. Якщо за фактом, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхового відшкодування може бути відкладене до закінчення розслідування і судового розгляду для встановлення невинуватості Страхувальника, але не більше ніж на 180 (сто вісімдесят) робочих днів.

11. ДІЯ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ЙОГО ДІЇ
11.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору здійснюються за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору або переукладенням .
11.2. Договір припиняє свою дію та втрачає чинність за згодою Страховика і Страхувальника, та у разі:
11.2.1. Закінчення строку його дії;
11.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі;
11.2.3. Несплати Страхувальником страхового платежу;
11.2.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина (Застрахованої особи) чи втрати ними дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";
11.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
11.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
11.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.
11.3. Норматив витрат на ведення справи Страховика складає 25%.
11.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
11.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором.
11.6. Договір набуває чинності з дати зазначеної в частині «А» як дата початку дії Договору, але не раніше дня наступного за днем надходження страхового платежу на розрахунковий банківський рахунок Страховика та моменту проходження Застрахованою особою прикордонного контролю при виїзді з території України. Договір діє до дати зазначеної в частині «А» як дата закінчення дії Договору. Дія договору по відношенню до окремої застрахованої особи припиняється після вичерпання кількості днів перебування зазначеної в частині «А» Договору. Фактична кількість днів перебування окремою застрахованою особою за кордоном розраховується виходячи з відповідних позначок, штампів та відміток державних уповноважених органів, що містять дати перетинання Державного кордону України при виїзді застрахованої особи за межі України та при в'їзді застрахованої особи в Україну, для цього застрахована особа надає Страховику свій закордонний паспорт та/або митну декларацію. При кожному виїзді за кордон строк дії страхового захисту автоматично зменшується на кількість днів, проведених Застрахованою особою на території дії Договору.
11.7.Страховий захист не надається на території України та її кордонах.
11.8. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" від 01.06.2010 р. № 2297-VI Страхувальник надає Страховику свою згоду на обробку та використання його персональних даних з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансовогосподарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних Страховика. Під обробкою персональних даних розуміється збір, реєстрація, накопичення, зберігання, адаптування, уточнення (оновлення, зміни), використання, поширення (у тому числі передачу третім особам), знеособлення, знищення і будь-які інші дії з персональними даними. Під персональними даними розуміється будь-яка інформація, що відноситься до Страхувальника як до суб'єкта персональних даних, у тому числі прізвище, ім'я, побатькові, паспортні дані, адреса, дані про ідентифікаційний номер та інша персональна інформація. Ставлячи підпис на лицьовій стороні Договору, Страхувальник підтверджує, що повідомлений, про те, що його персональні дані включені в базу персональних даних Страховика і вони можуть бути передані третім особам. Зміст прав як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" Страхувальнику відомий і зрозумілий. Така сама згода згідно п. 11.8. Договору, стосується і застрахованих осіб за цим Договором. Страхувальник зобов'язаний отримати письмову згоду від застрахованих осіб на укладання цього договору, а також ознайомлення з його умовами. Своїм підписом на цьому Договорі Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений і згоден з, Правилами та умовами страхування, а також підтверджує, що всі вище вказані відомості є правдивими і ним перевірені, примірник Договору одержав, Підписанням (укладанням) цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет http://www.oberig-sg.com/, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою; цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності, дієздатності для укладення Договору.
11.9. У випадку розходження умов цього Договору з положеннями Правил Сторони керуються умовами та положеннями Договору.
11.10. Умовною валютою цього Договору (скорочено "у.о.") є валюта зазначена в частині «А» Договору ($ - долар США; € - євро) . Всі розрахунки, що визначені цим Договором в умовних одиницях здійснюються в гривневому еквіваленті, за відповідним курсом Національного Банку України на момент настання страхового випадку, якщо інше не погоджено Страхувальником та Страховиком.
11.11. Страхувальник (Застрахована особа) підтверджує що він до моменту укладення цього Договору ознайомлений зі зразками підписів уповноважених осіб та печатки Страховика та надає згоду на використання факсимільних зразків підпису уповноважених осіб та печатки Страховика, шляхом нанесення їх типографським засобом у Договір. Спори між Страхувальником, Застрахованою особою, Страховиком вирішуються шляхом переговорів.
11.12. У разі недосягнення згоди, розв`язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України.
11.13. При вирішенні питань, що не врегульовані цим Договором, Страхувальник, Застрахована особа, Страховик керуються Правилами та законодавством України.
11.14. Контактну інформацію СТРАХОВИКА та АСИСТАНСУ для звернень по страховим випадкам та з питань обслуговування договору - зазначено в частині «А» Договору.

12. ВИЗНАЧЕННЯ ЗНАЧЕННЯ ОКРЕМИХ ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ.
АСИСТАНС – спеціалізована служба, що координує взаємодію Застрахованої особи з Третіми особами, які надають їй послуги при настанні нещасного випадку, раптового захворювання або інших подій, передбачених Договором страхування. АСИСТАНС**,** його телефони зазначаються в частині «А» договору страхування.
РЕПАТРІАЦІЯ ТІЛА – передбачає посмертну репатріацію останків Застрахованої особи у разі її смертні внаслідок непередбаченого гострого захворювання або нещасного випадку, а саме витрати, санкціоновані Асистуючою компанією, на посмертну репатріацію тіла до країни постійного проживання Застрахованої особи. Кінцевим пунктом маршруту репатріації є аеропорт у країні постійного проживання, куди прибуває труна із тілом померлої Застрахованої особи, або митний пункт у країні постійного місця проживання. При цьому Страховик не відшкодовує витрати на ритуальні послуги (послуги, пов'язані з організацією поховання та облаштування місця поховання) на території країни постійного місця проживання померлого.
БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ – дружина/чоловік, діти (в т.ч. всиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.
ГОСТРИЙ БІЛЬ – реакція нервової системи людини на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.
КРАЇНА ПОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ – країна, в якій Застрахована особа проживає у цілому не менше 183 (ста вісімдесяти трьох) днів у календарному році.
ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ЛІМІТ) – грошова сума, зазначена в Договорі в межах якої Страховик несе відповідальність перед Застрахованою особою або Третіми особами за весь період дії Договору. Ліміт відповідальності зменшується на суму здійснених страхових відшкодувань (виплат). Ліміти застосовуються на умовах зазначених в Договорі. Сума страхового відшкодування та/або наданих послуг не може перевищувати суму відповідного ліміту за вирахуванням франшизи за Договором. Згідно Договору передбачений ліміт відповідальності Страховика за одним страховим випадком в розмірі п'яти відсотків від страхової суми за Договором, при цьому враховуються інші окремо встановлені ліміти по видах допомоги/послуг та інші обмеження зазначені в Договорі.
НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК – раптова, непередбачувана подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи або її смерті. Під тілесними ушкодженнями в цьому Договорі розуміється травма, поранення, опіки, що були отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування, та потребують госпіталізації.
РАПТОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – гостре, різке погіршення здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або гострим станом Застрахованої особи, що становить загрозу її здоров'ю та/або життю та вимагає надання негайної медичної допомоги. Під загрозою здоров'ю та/або життю Застрахованої особи в цьому Договорі розуміється стан Застрахованої особи, при якому ненадання негайної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання, або смерті Застрахованої особи.
ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБА) – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.
СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ (ВИПЛАТА) – грошова сума, яка виплачується Страховиком в межах страхової суми, згідно з умовами Договору страхування, при настанні страхового випадку.
ТРЕТІ ОСОБИ – юридичні та фізичні особи, які надають послуги, передбачені Договором страхування, Застрахованій особі та мають право на проведення своєї діяльності.
ФРАНШИЗА – франшиза в цьому Договорі є безумовною. Франшиза – це частина збитків, що згідно з Договором, не відшкодовується Страховиком в будь-якому випадку.
ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ – обрана Страхувальником Територія дії Договору, зазначена в частині «А» цього Договору. Європа (крім України та/або країни постійного проживання Застрахованої особи), Алжир, Єгипет, Ізраїль, Канарські Острови, Марокко, Туніс, Туреччина – позначаються «Е».
СТРАХОВИК – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СТРАХОВА ГРУПА "ОБЕРІГ" (скорочено: ТДВ "СГ "ОБЕРІГ").
ПРАВИЛА – цей договір укладено відповідно до Ліцензій та відповідних "Правил медичного страхування" зареєстрованих "19" лютого 2015р. розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №209.
СТРАХУВАЛЬНИК – особа, яку зазначено як Страхувальник в частині «А» цього Договору (юридична особа незалежно від форми власності, яка організовує поїздку або подорож фізичних осіб (Застрахованих осіб) за кордон або фізична особа (громадянин України або іноземний громадянин), або особа без громадянства, які уклали зі Страховиком Договір. Страхувальник одночасно може бути Застрахованою особою.
ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа у віці від 3 до 65 років (станом на дату початку подорожі), щодо страхування якої укладено Договір, яка виїжджає за кордон та на користь якої укладено цей Договір. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА набуває прав та обов'язків Страхувальника та знаходиться під страховим захистом. За одним Договором страхування одночасно може бути застраховано декілька осіб дані про застрахованих осіб зазначено в частині «А» Договору.
ДОГОВІР – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору. Цей Договір складається з 2-х нероздільних частин, що у сукупності є Договором: Частина «А» Договору – визначає окремі істотні умови страхування (дані про Страхувальника; застрахованих осіб; види страхування; групи ризику; строк дії договору страхування; кількість днів перебування; територію дію договору; розмір франшизи, страхової суми та страхового платежу; підписи Страховика і Страхувальника та печатки у разі наявності), інформація щодо Страхувальника та Застрахованих осіб заноситься представником Страховика зі слів Страхувальника. Частина «Б» Договору – визначає загальні умови страхування та всі інші умови Договору. При укладанні Договору, Страхувальнику видаються два примірники Частини «А» Договору з однаковим номером нанесеним типографським способом та один примірник Частини «Б» Договору. Ставлячи підпис на Частині «А» Договору Страхувальник беззаперечно приймає всі умови Договору та підтверджує факт ознайомлення із ним, а також підтверджує факт отримання двох примірників Частини «А» Договору з однаковим номером нанесеним типографським способом та одного примірника Частини «Б» Договору. У Страховика залишається лише примірник Частини «А» Договору з підписом Страхувальника. Додатково Страхувальник може ознайомитись з примірником Частини «Б» Договору на сайті Страховика, що розміщено (опублікованно) на сайті http://www.oberig-sg.com/.
СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. По окремих страхових послугах, що вказані у цьому Договорі, встановлені відповідні ліміти страхової суми (ліміти відповідальності) та обмеження, в межах яких здійснюються страхові виплати. Розміри та валюта страхових сум вказуються у Договорі. Максимальний розмір страхової суми - 30 000,00 євро (тридцять тисяч євро).
ВИД СТРАХУВАННЯ – за цим Договором видом страхування є добровільне медичне страхування.
ГРУПИ РИЗИКУ - визначена ступінь ризику Страхувальника та Застрахованих осіб в залежності від віку мети подорожі та способів відпочинку. У разі відсутності групи ризику в частині «А» позначено – ХХХХ.
ЗВИЧАЙНИЙ (ПАСИВНИЙ) ТУРИЗМ – лікувально-оздоровчий, культурно-пізнавальний (екскурсійний), паломницький (релігійний), пляжний та інші подібні категорії туризму, що орієнтовані на спокійну і не напружену, в сенсі фізичних навантажень, програму туристичної подорожі.
АКТИВНИЙ ТУРИЗМ – група ризику, відпочинок пов'язаний із ризиком та істотними фізичними навантаженнями, вимагає сміливості і навиків та/або використання механічних та інших засобів пересування та переміщення по суші, на воді, під водою та у повітрі (крім випадків, коли Страхувальник сплатив проїзд і є пасажиром пасажирського транспортного засобу), пересування на тваринах, велосипедах, мотоaccess ролерах, мотоциклах та квадрациклах, сплави на човнах або плотах по річках та інших водоймах та іншими аналогічними видами відпочинку. Також до Активного туризму відносяться Спорт та екстрим – участь у заходах із високим ступенем ризику, що вимагають від учасників спеціальних навиків та підготовки, а саме, участь у спортивних тренуваннях та змаганнях на аматорському або професійному рівні, а також заняття такими видами спорту та туризму: гірськолижний, сноубордінг, альпінізм, спелеотуризм, дайвінг, полювання, риболовля у важкодоступних та віддалених місцевостях, стрибки із парашутом, польоти з використанням безмоторних засобів, польоти в якості пілота, участь у перегонах на транспортних засобах або тваринах. Якщо страховий захист поширюється на види життєдіяльності описані вище, тоді в частині «А» Договору наявне умовне позначення - "ACTIVE/SPORTS", якщо таке позначення відсутнє, то страховий захист на такі випадки не поширюється.
РОБОТА – група ризику, виконання оплачуваної фізичної роботи характерної для робітничих професій у галузях будівництва, промисловості, транспорту, добування корисних копалин, сільського та комунального господарства або в приватних домоволодіннях. Якщо страховий захист поширюється на види життєдіяльності описані вище, тоді в частині «А» Договору наявне умовне позначення - "JOB", якщо таке позначення відсутнє, то страховий захист на такі випадки не поширюється.
ТИП ПОКРИТТЯ – в частині «А» Договору зазначено тип подорожі, що покривається Договором "ОДНА ПОДОРОЖ" чи "ДЕКІЛЬКА ПОДОРОЖЕЙ".
ОДНА ПОДОРОЖ – тип покриття, при якому Договір передбачає можливість однієї подорожі однією застрахованою особою за межі України (один факт перетину державного кордону України) впродовж строку дії Договору (з урахуванням обмеження по кількості днів перебування), страховий захист (дія цього Договору) не поширюється на всі наступні перетини державного кордону України цією застрахованою особою, Страховик не несе в цих випадках ніякої відповідальності. Умовне позначення в Договорі - "SINGLE".
ДЕКІЛЬКА ПОДОРОЖЕЙ – тип покриття, при якому Договір передбачає необмежену кількість подорожей однією застрахованою особою за межі України (фактів перетину державного кордону України) впродовж строку дії Договору (з урахуванням обмеження по кількості днів перебування). Умовне позначення в Договорі - "MULTY".