

**Публічний договір-оферта  
щодо добровільного медичного страхування за програмою “Медичне обслуговування + Best Doctors”**

1. 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 невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – «Клієнти»), укласти із Товариством Договір добровільного медичного страхування (далі – Договір), згідно Ліцензії Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Нацкомфінпослуг згідно розпорядження №209 від 19 лютого 2015 року (далі – «Правила»), Закону України «Про страхування».
2. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного медичного страхування, які є невід'ємною частиною цієї публічної Оферти (Додаток № 1).
3. Договір страхування вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення підпису та печатки на даній Оферті. Договір вважається підписаним Клієнтом шляхом підписання Акцепту.
4. У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Клієнтом вважається сплата страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика (датою 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.
5. Укладенням цього Договору Клієнт (Страховальник), як фізична особа та 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 цього Договору, засвідчує, що ознайомлений з правами суб'єкта персональних даних, визначених ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».
6. До підписання цього Договору та оплати страхового платежу Клієнту (Страховальнику) надано та належним чином роз'яснено інформацію, визначену частиною другою ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року N 2664-III (із змінами).
7. У всьому іншому, що не викладено і не врегульовано умовами даної Оферти, Сторони керуються Правилами.
8. Дана Публічна Оферта для укладення договору дійсна з “01” січня 2019 року, і є безстроковою.

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ”**

Веб-сайт: [www.oberig-sg.com](http://www.oberig-sg.com). E-mail: [info@oberig-sg.com](mailto:info@oberig-sg.com). Тел.: 0442214421, 0800218201. Код ЄДРПОУ 39433769.  
Рахунок №26506056100383 у ПАТ “КБ “ПриватБанк”, МФО: 380775. м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040.

Генеральний директор



І.Ф. Крендельов



## **УМОВИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

### **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ**

- 1.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.
- 1.2. Застрахованими особами за Договором є особа вказана в Полісі.
- 1.3. Вигодонабувачем за Договором є:
  - 1.3.1. медичні заклади, інші установи, які забезпечують надання медичних та інших послуг, зазначених в Програмі медичного страхування, які за угодою із Страховиком (Медичним асистансом) організовують та надають медичну допомогу (медичні та інші послуги) Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Перелік медичних закладів та інших установ, які забезпечують надання медичних та інших послуг (далі в тексті "Перелік медичних провайдерів") розміщено (опубліковано) на сайті ТДВ "СГ "ОБЕРІГ" за прямим посиланням [www.oberig-sg.com/lpu](http://www.oberig-sg.com/lpu). Страховик має право вносити будь-які зміни в такий "Перелік медичних провайдерів" без погодження зі Страхувальником та без будь-яких повідомлень щодо таких змін, зміни набувають чинності з моменту їх опублікування на сайті ТДВ "СГ "ОБЕРІГ" за прямим посиланням [www.oberig-sg.com/lpu](http://www.oberig-sg.com/lpu);
  - 1.3.2. застрахована особа, у разі оплати медичних та інших послуг безпосередньо ЗО та/або придбанні ЗО самостійно відсутніх у медичному та іншому закладі необхідних медико-санітарних засобів, за попереднім узгодженням із Медичним асистансом.
- 1.4. Відповідальність Страховика перед ЗО діє в обсягах передбачених Програмою медичного страхування та на умовах, передбачених Правилами та Договором.

### **2. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ФРАНШИЗА**

- 2.1. Страховим випадком за Договором є факт одержання медичних послуг Застрахованою особою у період дії цього Договору в медичній установі у межах переліку та обсягах, передбачених цим Договором і вибраною Програмою страхування, що є невід'ємною частиною цього Договору:
  - 2.1.1. гострого захворювання ЗО;
  - 2.1.2. загострення хронічних хвороб ЗО;
  - 2.1.3. розладу здоров'я ЗО внаслідок нещасного випадку.
- 2.2. Франшиза за Договором є безумовною, становить 20% від вартості наданої медичної послуги та застосовується:
  - 2.2.1. за Програмою страхування "Базова" - за кожним та будь-яким страховим випадком;
  - 2.2.2. за Програмою страхування "Максимальна" - починаючи з 6 (шостого) та за кожним наступним страховим випадком.

### **3. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 3.1. В випадку необхідності отримання Медичних послуг внаслідок Розладу здоров'я, ЗО зобов'язана зателефонувати до Медичного асистансу за телефоном 0800330683 для одержання всієї необхідної інформації з надання відповідних Медичних послуг. Таке звернення від імені ЗО може бути здійснено членами сім'ї ЗО, колегами по роботі, знайомими або іншими особами (в залежності від стану здоров'я ЗО). При такому зверненні, ЗО безкоштовно, в межах залишку її страхової суми, отримує необхідні медичні послуги та/або медикаменти, згідно з її Програмою страхування. Страховик залишає за собою право вибору медичного закладу, при цьому ЗО зобов'язана чітко виконувати інструкції співробітників Медичного асистансу.
- 3.2. Медичний асистанс організовує надання Медичних послуг за таким часовим регламентом:
  - 3.2.1. з 8.00 до 20.00 (включно) – всі Медичні послуги передбачені Програмою страхування;
  - 3.2.2. цілодобово – виключно послуги передбачені опцією «Швидка медична допомога».
- 3.3. При зверненні до Медичного асистансу, ЗО (її представник) має надати наступну інформацію:
  - 3.3.1. Прізвище, Ім'я, По-батькові ЗО;
  - 3.3.2. індивідуальний номер Картки ЗО;
  - 3.3.3. місце проживання ЗО; адреса місця знаходження ЗО, контактний телефон (на вимогу лікаря – координатора);
  - 3.3.4. причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані зі здоров'ям ЗО).
- 3.4. При зверненні ЗО (її представника), лікар-координатор Медичного асистансу проводить ідентифікацію ЗО та чинність Договору щодо неї, надає медичні консультації, та, у разі необхідності, направляє ЗО для отримання медичних послуг у відповідний заклад охорони здоров'я, організовує надання невідкладної медичної допомоги. Вибір закладу охорони здоров'я залишається за Страховиком. При цьому, ЗО зобов'язана виконувати отримані інструкції.
- 3.5. У випадках необхідності отримання планової медичної допомоги (повторні консультації лікарів, призначене обстеження в плановому порядку тощо), організація надання Медичних послуг проводиться протягом 1 (одного) робочого дня з наступним повідомленням ЗО. В випадках, що потребують надання невідкладної (ургентної) допомоги, організація надання медичних послуг проводиться негайно.
- 3.6. У випадку неможливості з'явитись на призначений прийом (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста тощо), ЗО зобов'язана негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше, ніж за 4 (чотири) години до призначеного прийому, попередити Медичний асистанс.
- 3.7. У випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, ЗО зобов'язана протягом 6-ти годин з моменту його настання пройти медичний огляд на предмет алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння в закладах охорони здоров'я.

3.8. Виключно за умови попереднього погодження Медичним асистансом, ЗО може отримати медичні послуги (медикаменти) шляхом самооплати або у лікувальному закладі (аптеці), не передбаченому Договором.

#### **4. ДОКУМЕНТИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

4.1. За умови організації надання медичних послуг Застрахованій особі через Сервісний центр Страховика, Страховик здійснює Страхову виплату шляхом оплати вартості послуг та/або медикаментів, наданих ЗО безпосередньо медичному закладу, що надали медичні та/або інші послуги ЗО в рамках обраної Програми страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують необхідність надання ЗО відповідних медичних послуг, факт їх отримання та вартість цих послуг, при цьому заявою на отримання страхової виплати, у випадку здійснення страхової виплати на рахунок медичного закладу, є рахунок, виставлений таким медичним закладом;.

4.2. У випадках одержання ЗО медичних послуг у закладі охорони здоров'я, не передбаченому цим Договором та здійснення придбання медикаментів і оплати діагностичних обстежень за свій рахунок, але при умові, що це було попередньо узгоджено з Медичним асистансом, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо ЗО або іншій особі, що здійснила відповідні витрати на користь Застрахованої особи.

#### **4.3. Для здійснення Страхової виплати, її отримувач зобов'язаний надати:**

4.3.1. Заяву на отримання Страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком)

4.3.2. Копію паспорта громадянина або документ, який посвідчує особу;

4.3.3. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера.

4.3.4. Додатково, до документів, зазначених в пп. 9.2.3.1. – 9.2.3.3, надаються:

4.3.4.1. Для відшкодування вартості медикаментів:

- при стаціонарному лікуванні - виписка з історії хвороби ЗО, виписаний епікриз, де вказується діагноз, строки лікування, перелік медикаментів, їх дозування і кількість;

- при амбулаторному лікуванні - медичний висновок (консультативний висновок, виписка із амбулаторної карти тощо), довідка, завірена лікувальною установою, рецепти (вимоги) на медикаменти, оформлені у встановленому порядку;

- аптечні фіскальні та/або товарні чеки, оформлені у встановленому порядку, з обов'язковим зазначенням найменувань придбаних медикаментів, їх дозувань та кількості. В випадку, якщо в фіскальному чеку відсутня інформація про найменування медикаментів, до такого чеку обов'язково надається товарний чек з зазначенням найменувань придбаних медикаментів. Дата видачі товарного і фіскального чека повинні збігатися.

4.3.4.2. Для відшкодування вартості медичних послуг:

- при стаціонарному лікуванні - виписка з історії хвороби, виписаний епікриз, де вказується діагноз, строки лікування, перелік медикаментів, дозування й кількість;

- при амбулаторному лікуванні - медичний висновок (консультативний висновок, виписка із амбулаторної карти тощо), завірений медичною установою і оформлений у встановленому порядку;

- фіскальні та/або чеки розрахункові квитанції, оформлені у встановленому порядку, з обов'язковим зазначенням найменування послуги та її сплаченої вартості;

- за умови отримання послуг у приватних медичних закладах – Акт виконаних робіт/наданих послуг, оформлений належним чином.

4.3.4.3. Для відшкодування вартості діагностичних обстежень:

- направлення лікаря на даний вид діагностичних обстежень;

- фіскальний чек (прибутковий касовий ордер, розрахункова квитанція) з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;

- результат лікування або обстеження, оформлений належним чином, - з підписом і печаткою лікаря, підписом завідувачим відділенням і печаткою лікувальної установи.

4.3.4.4. Для відшкодування вартості стоматологічних послуг:

- консультативний висновок лікаря, завірений печаткою та підписом, з обов'язковим зазначенням зубної формули);

- Акт виконаних робіт/наданих послуг, оформлений належним чином;

- фіскальний чек (прибутковий касовий ордер, розрахункова квитанція) з найменуванням послуги і її сплаченої вартості.

4.3.4.5. За умови отримання послуг та/або придбання медикаментів в приватних медичних закладах, з якими Страховиком не укладено Договору про співпрацю, додатково надаються копії наступних документів таких закладів:

- свідоцтво про реєстрацію/виписки з ЄДРЮОФOP;

- свідоцтво платника податку;

- ліцензія на право надання медичних послуг, роздрібної/оптової торгівлі лікарськими препаратами та засобами медичного призначення.

4.3.5. Документи, що підтверджують факт оплати медичних послуг (оплати медикаментів та/або матеріалів) повинні надаватись Страховику виключно у формі оригінальних примірників. Інші документи можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників, нотаріально засвідчених копій, простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

4.3.6. Медичні документи повинні бути оформлені належним чином, з дотриманням вимог до оформлення медичної документації МОЗ України, завірені штампом і печаткою лікувальної установи, підписом лікаря (та його печаткою) та/або завідувача відділенням.

4.3.7. Якщо документи, що підтверджують факт оплати медичних послуг, надані Страховику не в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), Страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

4.3.8. ЗО має право надавати Страховику додатково інші документальні підтвердження щодо настання події, яка може бути визнана Страховим випадком.

4.3.9. В окремих випадках, Страховик має право мотивовано вимагати від ЗО надання інших документів, не зазначених у пп.4.3.1 4.3.4 Договору, якщо, на підставі наданих документів, неможливо зробити висновок про право певної особи на отримання Страхової виплати, зокрема, про факт (обставини) настання події, яка може кваліфікуватись у якості Страхового випадку, обсяг шкоди, заподіяної здоров'ю ЗО та обсяг медичних послуг, наданих ЗО.

4.3.10. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання Страхового випадку та розмір витрат на Медичні послуги, отримані ЗО, а також направляти ЗО до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану здоров'я ЗО.

## **5. ПОРЯДОК НАДАННЯ ПОСЛУГ ТА ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

5.1. Страховик здійснює Страхову виплату за такими можливими варіантами:

5.1.1. Безпосередньо медичним закладам, що надали ЗО послуги, передбачені цим Договором, - у разі, якщо організація надання ЗО медичних послуг здійснювалась працівниками Медичного асистансу;

5.1.2. Застрахованій особі, що, за Попереднім погодженням зі Страховиком, самостійно оплатила вартість отриманих медичних послуг.

5.2. При здійсненні виплат, згідно п.5.1.1. Договору, розрахунки Страховика із Договірними медичними закладами здійснюються у строки та за документами, що підтверджують необхідність та факт отримання ЗО медичних послуг (медикаментів) та їх вартість, що погоджені в рамках договорів, укладених Страховиком з відповідними Договірними медичними закладами, які надають медичні послуги Застрахованим особам.

5.3. У випадку самостійної оплати Медичних послуг, ЗО повинна подати заяву на отримання Страхової виплати у строк до 30 (тридцяти) календарних днів після отримання відповідних медичних послуг, крім випадків, коли перевищення цього строку викликано поважними причинами. Тягар доказу того, що причини затримки подачі вказаної заяви були поважними, покладається на Застраховану особу. У разі перевищення цього строку, Страховик має право відмовити у Страховій виплаті або відшкодувати її (частково або у повному обсязі) на підставі висновку експертної комісії Страховика.

5.4. Рішення про здійснення Страхової виплати приймається Страховиком протягом 15 робочих днів після отримання останнього необхідного документу, передбаченого Договором, та оформлюється страховим актом.

5.5. Рішення про відмову у Страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 робочих днів після отримання останнього необхідного документу, передбаченого Договором.

5.6. При прийнятті рішення Страховиком про відмову у Страховій виплаті, Страховик протягом 15 робочих днів з дня прийняття такого рішення письмово повідомляє про це ЗО і Страхувальника, з обґрунтуванням причин відмови.

5.7. Розмір Страхової виплати визначається виходячи з розміру фактичних витрат на надання Медичних послуг Застрахованій особі, попередньо погоджених з Медичним асистансом (відповідно до послуг та лімітів відповідальності), але не більше 1000 гривень за 1 страховим випадком..

5.8. Після здійснення кожної Страхової виплати, Страхова сума для відповідної ЗО або Ліміт (якщо такий передбачений щодо послуг, за якими була здійснена виплата) зменшується на суму такої виплати.

5.9. У випадку, якщо ЗО самостійно отримала медичні послуги у медичних закладах, клас яких є вищим, ніж клас передбачений Програмою страхування цієї ЗО, Страховик відшкодовує вартість таких послуг, виходячи з їх фактичної вартості у медичних закладах, що відповідають ціновому рівню, передбаченому Програмою страхування вказаної ЗО. При цьому, рішення щодо фактичного розміру Страхової виплати приймає відповідальна особа Медичного асистансу.

5.10. Загальна сума Страхових виплат, здійснених по кожному Страховому випадку з однією ЗО, передбаченому цим Договором, не може перевищувати загального розміру Страхової суми, встановленої цим Договором для відповідної ЗО та обмежень і лімітів за Договором.

5.11. Страховик має право затримати здійснення Страхової виплати, якщо:

5.11.1. Він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка претендує на отримання Страхової виплати.

5.11.2. Відповідними компетентними державними органами, за наявності заподіяння шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи, зазначеної в Договорі, в рамках досудового розслідування було притягнуто до кримінальної відповідальності Застраховану особу (члена її родини, посадову особу Страхувальника). Питання про здійснення Страхової виплати вирішується протягом 30 робочих днів після закриття відповідного кримінального провадження, направлення до суду обвинувального акта, набранням вироку суду законної сили тощо.

5.11.3. Мають місце обґрунтовані сумніви з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам Страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті, - на строк, необхідний для встановлення істини, щодо дійсних обставин події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.

5.11.4. Мають місце обставини, вказані у п. 4.3.7. цього Договору.

5.12. Страхова виплата за Додатковими умовами страхування «BEST DOCTORS» здійснюється на умовах вказаних у Додатку №91 до цих Умов.

## **6. ВІДМОВА У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

6.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках передбачених ст. 26 ЗУ «Про страхування», а також у випадку:

6.1.1. настання подій, які не можуть бути визнані страховими випадками згідно з умовами цього Договору;

6.1.2. ненадання Страховику (частково або повністю) документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;

6.1.3 звернення ЗО до медичних установ та/або лікування ЗО у лікувальному закладі без погодження зі Страховиком

6.1.4. невиконання вказівок лікаря та/або Сервісного центру Страховика, без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

6.1.5. ненадання протягом 30 календарних днів з дати настання події документів для отримання Страхової виплати у разі самостійної сплати медичних послуг ЗО або звернення до лікувального закладу непередбаченого Договором;

- 6.1.6. настання Страхового випадку після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика відповідно;
- 6.1.7. належність ЗО до осіб перелічених у п. 7.7. Договору;
- 6.1.8. наявність обставин, вказаних у розділі 7 Договору та у Додаткових умовах «BEST DOCTORS»;
- 6.1.9. невиконання ЗО своїх обов'язків передбачених Розділом 3 Договору;
- 6.1.11. інші підстави, передбачені діючим законодавством та Правилами.

## **7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

### **7.1. Страховик не сплачує вартість:**

- 7.1.1. Медичних послуг, наданих з приводу будь-якого захворювання чи травми ЗО, що вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків загострення хронічних захворювань ЗО що призвели до Невідкладного стану людини в розумінні цього Договору;
- 7.1.2. Медичних послуг, наданих ЗО поза межами місця дії Договору;
- 7.1.3. Медичних послуг, наданих ЗО з приводу будь-якого захворювання або травми, які сталися із ЗО внаслідок війни, вторгнення, дії іноземних агресорів, (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту, повстання, порушення громадського порядку, страйків, військового стану або стану облоги, спробою повалення уряду, будь-якого терористичного акту;
- 7.1.4. Медичних послуг, наданих ЗО внаслідок захворювань або станів організму або відстрочених наслідків Розладу здоров'я, та які були викликані дією іонізуючого випромінювання, дією на організм ЗО радіоактивними матеріалами, хімічними забрудненнями території та/або ліквідацією з боку ЗО наслідків хімічного забруднення, лікування гострих та хронічних променевих уражень;
- 7.1.5. Медичних послуг, наданих ЗО у зв'язку з необхідністю отримання дозволу на право керування автомобілем, на право використання зброї, та отримання інших довідок (для відвідування басейну, вступу до учбових/дитячих закладів тощо), не пов'язаних із лікувальним процесом;
- 7.1.6. тестів на професійну придатність, диспансерного обстеження (спостереження);
- 7.1.7. лікування захворювань, у тому числі травм, набутих ЗО під час виконання ними службових обов'язків в особливих умовах підвищеного ризику для здоров'я, за умови приховування від Страховика характеру робіт та займаної посади при укладанні Договору в частині відповідних ЗО. Це обмеження стосується працівників бригад пожежної охорони, оперативних працівників правоохоронних органів, працівників служб охорони фізичних осіб та юридичних осіб будь-якої форми власності, працівників воєнізованих підрозділів охорони, а також осіб, що проходять військову службу;
- 7.1.8. надання Медичних послуг з приводу захворювання або розладу здоров'я ЗО внаслідок нещасного випадку, пов'язаного з польотами на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли ЗО виступає у ролі пасажира цивільного повітряного судна, власник/перевізник якого має ліцензію встановленого зразка на повітряне перевезення пасажирів;
- 7.1.9. медичних послуг, наданих ЗО з приводу травм, отриманих внаслідок злочинних дій або бездіяльності ЗО;
- 7.1.10. хірургічних втручань та консервативного лікування ЗО, які за своїм характером є експериментальними або дослідницькими, використання методів діагностики та лікування, що не визнані сучасною наукою і офіційною медициною (іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, діагностика по Фоллю, біоенергетика, озонотерапія тощо), еферентна/екстракорпоральна терапія (гемосорбція, плазмаферез, озонотерапія тощо);
- 7.1.11. перебування ЗО в стаціонарі для отримання/здійснення піклувального догляду;
- 7.1.12. послуг і товарів, що не є необхідними, з медичної точки зору, для діагностики та/або лікування ЗО;
- 7.1.13. отримання ЗО послуг, препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування у стаціонарі чи амбулаторного лікування, що не були письмово рекомендовані лікувальними установами, посвідчені лікарями медичного закладу та/або Медичним асистансом, як розумні та необхідні заходи;
- 7.1.14. лікування травм, отриманих ЗО внаслідок управління транспортним засобом (ТЗ) без наявності відповідного права або у стані алкогольного сп'яніння (в тому числі, у випадку відмови ЗО від проведення тесту на алкоголь), а також передачі управління ТЗ особі, що знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або передачі керування ТЗ особі, що не має відповідного права управління ТЗ; травм, отриманих ЗО внаслідок настання ДТП, за умови свідомого знаходження ЗО в ТЗ з водієм, який знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 7.1.15. медичних послуг, наданих з приводу алкоголізму, наркотичної залежності, токсикоманії або іншого стану залежності будь-якого виду, а також лікування будь-яких захворювань чи травм, що безпосередньо чи опосередковано спричинені станом такої залежності, вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або які прямо чи опосередковано є наслідком алкогольного чи наркотичного сп'яніння;
- 7.1.16. проведення косметичних, пластичних та реконструктивних операцій (у т.ч. планової герніопластики, ринопластики), операції на серці та судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору, коли оплачується вартість лікування (вартість стентів, шунтів, при цьому, Страховиком не сплачується);
- 7.1.17. медичного устаткування, що замінюють та/або коригують функції уражених органів, серед яких, зокрема, штучні водії ритму, лікувальні та діагностичні медичні прилади, апарати, засоби медичного призначення, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, в тому числі, призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, болти, ендо- та екзопротези, ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу зарубіжного та вітчизняного виробництва), фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій пролена сітка для герніопластики;

7.1.18. медичних препаратів та інших речовин, а також застосованих методів лікування, не призначених лікарем (самолікування), наслідків самолікування, а також витрат з лікування розладів здоров'я ЗО особою, яка не має відповідної медичної освіти та/або дозволу (ліцензії) на здійснення медичної практики;

7.1.19. медичних препаратів, придбаних за межами аптечної мережі України та/або не зареєстрованих в Україні;

7.1.20. медичних послуг, необхідність надання яких настала в зв'язку із самогубством чи спробою самогубства ЗО, навмисного спричинення ЗО собі тілесних ушкоджень;

7.1.21. надання Медичних послуг не передбачених опціями Програми страхування;

7.1.22. лікування захворювань, які вимагають постійної замісної, підтримуючої і тривалої терапії (захворювання серцево-судинної, нервової системи тощо) тривалістю більше 14 днів і не більше двох загострень для конкретної ЗО протягом строку дії Договору.

7.1.23. послуги, пов'язані з уточнюючою діагностикою (в тому числі для уточнення типу, стадії, форми захворювання та визначення методу лікування);

7.1.24. дублювання досліджень за конкретним захворюванням, альтернативні консультації спеціалістів;

7.1.25. організації Медичних послуг за опцією «Швидка медична допомога» більше 1 (одного) разу на календарний місяць.

## **7.2. Страхувик не оплачує діагностики та лікування наступних захворювань (окрім загострень хронічних захворювань, що загрожують життю ЗО):**

7.2.1. особливо небезпечних інфекцій (віспа, чума, холера, сибірська виразка тощо) у разі, якщо урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемічний стан з цієї інфекції;

7.2.2. новоутворень (доброякісних), окрім випадків первинної діагностики, а також видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші), за винятком ускладнених, що загрожують життю людини, випадків (травмування, кровотечі тощо);

7.2.3. алергічних захворювань (алергічний риніт, алергічний дерматит, алергічний кон'юнктивіт тощо), окрім випадків станів декомпенсації, що загрожують життю ЗО (наприклад, набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів).

## **7.3. Страхувик не оплачує вартість:**

7.3.1. будь-яких медичних послуг, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з чоловічим чи жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням, а також контрацепційних заходів (встановлення внутрішньоматкової спіралі, в тому числі внутрішньоматкової спіралі типу "Мірена", операціях стерилізації) та операцій по зміні статі, визначення гормонів репродуктивної панелі, а також вартість діагностики та лікування дисгормональних станів (аденома простати, ендометріоз, фіброміома, мастопатія та інші);

7.3.2. медичних послуг, наданих з приводу гострих або хронічних кольпітів, цервіцитів, вульвовагінітів, дизбіозів/дисбактеріозів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології;

7.3.3. забезпечення ЗО тестами на виявлення вагітності;

7.3.4. діагностики ВІЛ/ СНІД, лікування ЗО, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та пов'язаних з ним захворювань, включаючи синдром набутого імунодефіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення;

7.3.5. медичних послуг, наданих у зв'язку із психічними розладами, захворюваннями, розладами поведінки та їх ускладненнями, травмами та соматичними захворюваннями, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

7.3.6. проведення косметичних операцій (в тому числі і стоматологічних) та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, курсів лікування з приводу ожиріння;

7.3.7. проведення пластичних операцій, оперативних втручань, пов'язаних із пересадкою органів і тканин ЗО (окрім пересадки тканин як етапу лікування травматичного ушкодження);

7.3.8. медичних послуг, пов'язаних з проведенням донорських операцій, коли донором або реципієнтом є ЗО, а також наслідків цих операцій;

7.3.9. лікування печінкової та ниркової недостатності і застосування апаратів "Штучна нирка", "Штучна печінка" і подібних; операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШК);

7.3.10. реабілітації, окрім випадків необхідної реабілітації після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду дії Договору, що не перевищує 14 (чотирнадцять) днів;

7.3.11. протезування дефектів кінцівок, очей;

7.3.12. підбору та використання милиць, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних колясок, а також вартості указаних речей;

7.3.13. лікування в профілакторіях та санаторіях;

7.3.14. діагностики та лікування будь-яких вроджених чи набутих вад чи дефектів (аномалій);

7.3.15. медичних послуг, наданих з приводу будь-яких спадкових захворювань (в тому числі, з порушенням хромосомного набору);

7.3.16. медичних послуг, наданих з приводу розладів мовлення;

7.3.17. медичних послуг, наданих з приводу порушень функцій органів, захворювань і станів, пов'язаних з гормональним дисбалансом в будь-якій сфері (імпотенція, порушення оваріально-менструального циклу, ендометріоз, клімакс, синдром полікістозних чи виснажених яєчників, мастопатія, сексуальні дисфункції, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, галакторея тощо);

7.3.18. консультацій, діагностики та лікування інвазивних та паразитарних хвороб (амебіаз, лямблії, аскаридоз, педикульоз тощо);

7.3.19. медичних послуг, наданих з приводу ревматизму, саркоїдозу та муковісцедозу, незалежно від клінічної форми та стадії процесу, окрім станів первинної діагностики;

7.3.20. медичних послуг, наданих з приводу системних захворювань з'єднувальної тканини та дегенеративно-дистрофічних змін та захворювань опорно-рухового апарату (кардіо- та пневмосклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз, остеохондроз, хребцевої кили, спондилоартрозу, спондилолітезу, ревматоїдний артрит, подагра, системний червоний вовчак та ін.) та їх наслідків, окрім зняття больового синдрому курсом лікування до 7 днів; діагностику та лікування аутоімунних та демієлінізуючих захворювань;

7.3.21. медичних послуг, наданих з приводу хронічної венозної недостатності, хронічних захворювань периферійних судин (варикозної хвороби, в тому числі геморою), облітеруючого ендартеріїту, облітеруючого атеросклерозу, хвороби Рейно, полінейропатії будь якого генезу та інше), крім гострих форм (тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вузлів та ін.);

7.3.22. медичних послуг, наданих з приводу захворювань та станів шкіри та її придатків будь-якої етіології (псоріазу, нейродерміту, екземи, atopічного дерматиту, вугрової хвороби, акне, мозолів, бородавок, папілом, алопеції, контагіозного молюску, дисгідрозу, вітіліго, розацеа, себореї та інш.), окрім первинної консультації дерматолога.

7.3.23. медичних послуг, наданих з приводу мікозів будь-якої локалізації

7.3.24. стимуляторів загальної дії та тканинного обміну, біостимуляторів, біологічно активних добавок (БАД) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії, імуномодуляторів та імуностимуляторів (окрім лікування гострих вірусних інфекцій, але не більше одного препарату на один випадок захворювання), вакцин, полівітамінних препаратів, антигістамінних препаратів, гіпоглікемічних препаратів, гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статинів, крім випадків захворювання гострим інфарктом міокарду протягом строку до 60-ти (шестидесяти) календарних днів), пробіотиків (окрім призначених при антибіотикотерапії, але не більше 1-го препарату на 1-н випадок захворювання), простагландинів, хондропротекторів, гепатопротекторів, психотропних препаратів, снодійних, седативних препаратів, антидепресантів, транквілізаторів, цитостатиків, препаратів-аналогів, кровозамінників, препаратів для парентерального живлення (окрім випадків, коли парентеральне живлення потрібне в зв'язку з перебуванням в реанімаційному відділенні), препаратів аналогів гонадотропін – рилізінг гормону (золадекс, диферелін тощо);

7.3.25. матеріалів для алло- і ксенопластики, дезинфікуючих засобів, медичних інструментів та пристроїв (спринцівки, інгалятори, тонометри, Глюкотест та інше), ортопедичних засобів та посібників (бандажі, корсети, ортопедичне взуття, милиці, м'якого медичного інвентарю та інше), товарів не медичного призначення (пакети, дисконтні карти установ, канцелярські товари та ін.), предметів гігієни, шампунів, кремів, паст розчинів для гігієни порожнин носа, рота та інше;

7.3.26. корекції зору, лікування косоокості, астигматизму, катаракти, астенопії, кератоконуса, а також глаукоми, крім станів, що потребують невідкладної допомоги, використання лазерних технологій лікування, в т.ч. профілактичної лазерної коагуляції сітківки ока;

7.3.27. медичних послуг, наданих з приводу вегето-судинної дистонії (ВСД), нейроциркуляторної дистонії (НЦД) (окрім надання медичної допомоги при станах, які загрожують життю Застрахованої особи), енцефалопатій будь-якого генезу, стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань головного та спинного мозку, периферичної нервової системи;

7.3.28. діагностики та лікування функціональних розладів та дистоній різного генезу (дистонії, дискінезії, дисплазії, дисбактеріозу та дисбіозу та інше будь-якої локалізації), періодів адаптації організму, синдромів (синдром хронічної втоми, метаболічний синдром, синдром подразненого кишківника та ін.), вазомоторного риніту, мігрені;

7.3.29. медичних послуг пов'язаних з обстеженням і корекцією (лікуванням) імунодефіцитних станів, дослідження імуного статусу організму та/чи алергологічного профілю, специфічна імунотерапія;

7.3.30. медичних послуг, наданих з приводу захворювань ендокринної системи (окрім невідкладних станів).

#### **7.4. Страховик не сплачує вартість наступних медичних послуг:**

7.4.1. обстеження та лікування будь-яких хронічних хвороб в стадії ремісії та/або компенсації;

7.4.2. протезування зубів;

7.4.3. операцій на коронарних судинах (стентування, шунтування), протезування клапанів серця і суглобів, операцій на провідній системі серця;

7.4.4. медичних послуг, наданих з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів т.д.);

7.4.5. будь-яких операцій чи лікування, що не завершені чи очікуються до початку набрання чинності цього Договору, а також операції, які встановлені в плановому порядку (планові операції);

7.4.6. лікування захворювань, у тому числі травм, набутих в результаті професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань), або заняття на аматорському рівні екстремальними видами спорту, а саме: парашутним чи планерним спортом, дельтапланеризмом, іншими авіаційними видами спорту, фрістайлом, автмотоспортом, альпінізмом, скелелазанням, рафтингом, підводними чи підземними видами спорту;

7.4.7. звичайних планових (профілактичних) обстежень (оглядів), якщо немає ніякого погіршення здоров'я, включаючи діагностику;

7.4.8. вакцинацій та профілактичних вітамінізацій 30;

7.4.9. педіатричної допомоги в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення і т.д.);

7.4.10. будь-яких оглядів, лікування та профілактичних заходів, необхідність отримання яких безпосередньо чи опосередковано пов'язана з вагітністю, пологами чи народженням дитини;

7.4.11. послуг альтернативної медицини (голкорефлексотерапія, мануальної терапії, гіпнозу психотерапії, іридодіагностики, біокорекції, рефлексотерапії, гірудотерапії тощо), гомеопатичного та фітотерапевтичного лікування;

7.4.12. оздоровчих процедур (відвідування басейну, масажу тощо), фізіотерапевтичних процедур (ЛФК, електрофорезу тощо);

7.4.13. наданих з приводу діагностики та лікування злоякісних новоутворень, незалежно від місця їх локалізації окрім випадків первинної діагностики, онкологічних захворювань крові;

- 7.4.14. діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань (інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом), відповідно до класифікації ВОЗ, таких як гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, вірус герпесу 2 типу, папіломавірус, кандидозні вульвовагініти та баланопостити;
- 7.4.15. діагностики та лікування ТОРЧ-інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус герпесу, вірус Епштейн-Барра);
- 7.4.16. медичних послуг, наданих з приводу гепатитів, гепатозів та цирозів (окрім випадків лікування гепатиту А);
- 7.4.17. медичного транспортування ЗО з інших міст України до Києва або до спеціалізованого медичного закладу в межах України;
- 7.4.18. транспортування ЗО неспеціалізованим медичним транспортом;
- 7.4.19. діагностики та лікування професійних хвороб, визначених наказами МОЗ України;
- 7.4.20. консультацій та лікування у психоневролога, психотерапевта, психоаналітика;
- 7.4.21. діагностики захворювання за допомогою генетичних досліджень та визначення онкомаркерів.
- 7.5. Страховик не оплачує вартість будь-яких Медичних послуг та медикаментозного лікування, наданих ЗО протягом перших 15 (П'ятнадцяти) діб з дати початку дії Договору.
- 7.6. Страховик, виключно з власної ініціативи, в кожному конкретному випадку, при наданні ЗО Медичних послуг, згідно з умовами цього Договору, може частково або повністю зняти певні обмеження (виключення), вказані у Розділі 7 цього Договору, на користь ЗО. В таких випадках, рішення приймається експертною комісією Страховика.

#### **7.7. Застрахованими особами не можуть бути:**

- 7.7.1. Особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;
- 7.7.2. хворі на психічні захворювання, порушення мозкового кровообігу, пухлини головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію;
- 7.7.3. інваліди I та II групи;
- 7.7.4. особи, визнані інвалідами з дитинства;
- 7.7.5. ВІЛ – інфіковані та/або хворі на СНІД;
- 7.7.6. хворі на тяжкі (декомпенсовані) форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем та/або органів організму людини);
- 7.7.7. особи віком до 3 років і старше 65 років на дату укладення Договору.

### **8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

#### **8.1. Страхувальник має право:**

- 8.1.1. достроково припинити дію Договору відповідно до його умов та закону;
- 8.1.2. за згодою Страховика внести зміни до умов Договору, про що у письмовій формі укладається Додаткова угода до Договору;
- 8.1.3. вимагати забезпечення організації надання та оплати наданої Застрахованій особі медичної допомоги (медичних та інших послуг) в межах обсягів, передбачених Договором та Програмою медичного страхування;
- 8.1.4. оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті у судовому порядку.

#### **8.2. Страхувальник зобов'язаний:**

- 8.2.1. своєчасно сплачувати страхові платежі;
- 8.2.2. при укладенні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 8.2.3. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету Договору;
- 8.2.4. довести до відома ЗО умови страхування та порядок надання медичної допомоги (медичних та інших послуг) за Договором;
- 8.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 8.2.6. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором;
- 8.2.7. надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я ЗО, які Страховик вимагає при укладанні Договору; при необхідності забезпечити проходження ЗО медичного обстеження в установі чи в особи, визначеної Страховиком;
- 8.2.8. ознайомити ЗО з обов'язками передбаченими цим Договором.

#### **8.3. Страховик має право:**

- 8.3.1. під час укладання Договору вимагати результатів медичного обстеження ЗО та за їх результатами приймати рішення щодо укладання Договору;
- 8.3.2. перевіряти надану Страхувальником інформацію;
- 8.3.3. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні заклади та інші організації, що мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причину та обставини страхового випадку;
- 8.3.4. відмовити у страховій виплаті за наявності підстав та на умовах, передбачених Договором;
- 8.3.5. достроково припинити дію Договору у відповідності до його умов та закону;
- 8.3.6. при наявності сумнівів в підставах для страхової виплати відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав, але не більше, ніж на 60 (шістдесят) календарних днів. Про таку відстрочку Страхувальник має бути повідомлений Страховиком протягом 7 (семи) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення, з викладенням обґрунтованих причин такої відмови;
- 8.3.7. під час дії всього строку позовної давності, передбаченого законодавством України, вимагати повернення здійсненої страхової виплати, якщо на те виникнуть обґрунтування, передбачені законодавством чи Договором.

#### **8.4. Страховик зобов'язаний:**



8.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором, Правилами страхування та з переліком медичних закладів-партнерів Страховика, визначених для надання медичної допомоги (медичних та інших послуг) за Договором та Програмою медичного страхування;

8.4.2. як тільки стане відомо про настання страхового випадку, організувати надання медичної допомоги (медичних та інших послуг) ЗО в межах, передбачених Програмою медичного страхування за умови доступності послуги в Медичних закладах, протягом наступного часу:

8.4.2.1. організація невідкладного стаціонарного лікування - 360 хвилин з моменту відповідної фіксації Страховиком звернення ЗО;

8.4.2.2. організація виїзду бригади невідкладної швидкої допомоги - 60 хвилин з моменту відповідної фіксації Страховиком звернення ЗО;

8.4.2.3. організація амбулаторно-поліклінічної допомоги - 240 хвилин з моменту відповідної фіксації Страховиком звернення ЗО;

8.4.2.4. організація екстреної стоматологічної допомоги - 240 хвилин з моменту відповідної фіксації Страховиком звернення ЗО.

8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми або її частини у передбачений Договором строк;

8.4.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника (ЗО) (в т.ч. лікарську таємницю) та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

8.4.5. протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати надходження страхового платежу передати Страхувальнику для подальшої передачі ЗО пластикову картку.

#### **8.5. Застрахована особа зобов'язана:**

8.5.1. при настанні страхового випадку, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження з метою встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитку;

8.5.2. виконувати призначення лікуючого лікаря, отримані під час лікування, дотримуватись розкладу, встановленого медичною установою;

8.5.3. не передавати свої страхові документи іншим особам з метою отримання ними медичних та інших послуг за Договором;

8.5.4. у випадку втрати своїх страхових документів негайно сповістити про це Страховика будь-яким доступним способом;

8.5.5. повідомляти Страховика про всі випадки ненадання (відмови у наданні), неповного або неякісного надання медичних та інших послуг медичними, аптечними та/або асистуючими закладами, обумовленими в Програмі медичного страхування;

8.5.6. надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації щодо свого стану здоров'я;

8.5.7. виконувати обов'язки, передбачені Договором.

### **9. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ**

9.1. Договір відносно ЗО діє у строки вказані у Полісі.

9.2. Місцем дії Договору є:

9.2.1. за програмами страхування «Базова» та «Максимальна» - Україна, окрім Автономної Республіки Крим та місті Севастополь, а також, в населених пунктах, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та таких, що розташовані на лінії зіткнення, згідно з Розпорядженням КМУ від 07.11.2014р. № 1085-р «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення» в редакції, що діяла на момент укладення Договору.

9.2.2. за програмами страхування «Онкологія» та «Розширена» - весь світ. Надання медичної допомоги згідно з цим Договором здійснюється виключно за межами України (та за межами Сполучених Штатів Америки для Програми страхування «Онкологія»), згідно з обраною Страхувальником Програми страхування, окрім покриття лікарського забезпечення в Україні відповідно до Програми страхування, якщо воно передбачене Програмою страхування.

### **10. ПОРЯДОК ЗМІНИ, ПЕРЕУКЛАДЕННЯ І ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ**

10.1. Будь-які зміни до Договору вносяться шляхом укладання Додаткової угоди до нього.

10.2. Договір припиняє дію за згодою Сторін, а також у разі:

10.2.1. закінчення строку дії Договору;

10.2.2. виконання Страховиком своїх зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

10.2.3. смерті ЗО. Якщо Договір було укладено про страхування декількох осіб, у разі смерті однієї ЗО Договір припиняє дію тільки відносно цієї ЗО;

10.2.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

10.2.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.2.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним - з дати, вказаної у рішенні суду;

10.2.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.3. Договір може бути достроково припинено за вимогою однієї із Сторін. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

10.4. При достроковому припиненні дії Договору Страховик виплачує Страхувальнику грошову суму, яка розраховується наступним чином:

10.4.1. сума страхових платежів, що підлягає поверненню Страхувальнику Страховиком у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору за вимогою Страхувальника, визначається як арифметичний результат від ділення своєчасно сплачених страхових платежів на кількість календарних місяців строку дії Договору, помножений на кількість календарних місяців, що залишаються до його припинення у звичайний спосіб, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (30%), визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

Страховик здійснює розрахунок та повернення частки страхового платежу протягом 7 (семи) банківських по закінченню строку 30 календарних днів з дати надходження Страховику вимоги Страхувальника про дострокове припинення дії Договору.

10.4.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страхувальника, обумовленої порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю протягом 20 (двадцяти) банківських днів з дати отримання від Страхувальника письмової заяви про повернення сплаченого страхового платежу.

10.4.3. У разі дострокового припинення дії Договору з ініціативи Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

10.4.4. Якщо ініціатива Страховика зумовлена порушенням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за час дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (25%), визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

10.4.5. Якщо в період дії Договору ЗО стає за визначенням суду недієздатною, дія Договору стосовно даної ЗО припиняється. В цьому разі Страховик повертає Страхувальнику частку страхового платежу пропорційно періоду, що залишився до закінчення дії Договору відносно конкретної ЗО, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (згідно Правил), визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

#### 11. ПРАВО НА РЕГРЕС

11.1. До Страховика після виплати страхового відшкодування по Договору страхування в межах фактичних витрат переходить право вимоги:

11.1.1. яке ЗО або інша особа, яка отримала страхове відшкодування, має до особи, відповідальної за заподіяний збиток. ЗО повинна передати Страховику всі необхідні документи для реалізації цього права;

11.1.2. у разі організації Сервісним центром Страховика, на вимогу ЗО, Медичних послуг передбачених опцією «Швидка медична допомога» без наявності невідкладного стану.

11.2. Передача права вимоги Страховиків з боку ЗО не звільняє останню від прийняття всіх можливих заходів по зменшенню збитків.

#### 12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Спори, пов'язані зі страхуванням та питання, які не врегульовані цим Договором страхування, вирішуються в порядку, визначеному чинним законодавством України.

#### 13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Умови страхування та визначення понять, не вказані в Договорі, застосовуються згідно Правил і Законом України «Про страхування».

13.2. Нормативні витрати на ведення справи складають 25% платежу.

13.3. 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 Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.

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

13.5. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що необхідну згоду ЗО на страхування (укладання цього Договору) отримав.

13.6. Партнерами Страховика щодо надання послуг Додатковими умовами страхування «BEST DOCTORS» є:

- ✓ BDUI Underwriting International SLU («BDUI») - компанія є головним партнером Страховика і буде відповідати за організацію медичних послуг, необхідних для виконання даного договору.
- ✓ The Second Medical Opinion service, також відома як InterConsultationSM забезпечується BestDoctors на вимогу «BDUI».
- ✓ The Medical Concierge Service, який полегшує доступ до лікування за кордоном, та буде наданий «BDUI».

#### 14. ТЕРМІНИ

**Застрахована особа (ЗО)** – особа, щодо страхування якої укладено Договір.

**Ліміт відповідальності** (надалі - Ліміт) - максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений, в рамках цього Договору, щодо ЗО Програмою страхування (видами медичних послуг) та/або на один Страховий випадок;

**Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком, відповідно до умов Договору, при настанні Страхового випадку.

**Медичний асистанс** - цілодобова служба з надання лікарями-координаторами Страховика консультативної, інформаційної та організаційної допомоги Застрахованим особам, при необхідності одержання ними Медичних послуг або юридична особа, з якою Страховик має договірні відносини щодо обслуговування договорів медичного страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг в обсязі Програм страхування.

**Розлад здоров'я ЗО (захворювання)** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму ЗО.

**Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

**Медичні послуги** - комплекс спеціальних заходів, передбачених опціями Програми страхування, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також, якщо це передбачено умовами Договору, надання медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для лікування Застрахованої особи. Вартість Медичних послуг, наданих Застрахованій особі, згідно з умовами страхування, передбаченими Договором для цієї особи, сплачується (відшкодовується) за рахунок Страховика.

**Опція «Невідкладна стаціонарна допомога»** передбачає надання Медичних послуг ЗО на території медичної установи протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години. При цьому госпіталізація ЗО до медичної установи має бути здійснена виключно в ургентному (Невідкладному, Екстреному).

**Опція «Амбулаторно-поліклінічна допомога»** передбачає надання ЗО Медичних послуг, коли та не перебуває на лікуванні в умовах стаціонару, окрім випадків звернення у зв'язку з хронічним захворюванням.

**Денний стаціонар** – вид медичної допомоги для осіб, які потребують інтенсивного амбулаторного лікування і спостереження медичним персоналом, без потреби цілодобового перебування в умовах стаціонару;

**Опція «Невідкладна стоматологічна допомога»** передбачає організацію та оплату вартості стоматологічних послуг, а саме: консультацію стоматолога, рентгенодіагностику, знеболювання, видалення зубів або коренів зубів, забезпечення медикаментами.

**Програма страхування** – перелік видів медичних послуг, що надаються в рамках амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, стоматологічної допомоги, згідно з умовами Договору, та вартість яких відшкодовується Страховиком. Програми страхування зазначаються у Сертифікаті.

**Попереднє погодження** - зафіксована технічними засобами Страховика, усна згода лікаря-координатора Медичного асистансу на отримання ЗО певних Медичних послуг, що була надана під час звернення ЗО (її представника ) до Медичного асистансу до моменту отримання цих послуг.

**Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони тощо), призначені лікуючим лікарем або такі, що використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій та спрямовані на діагностику або лікування встановленого захворювання (за умов наявності Страхового випадку, згідно умов Договору) та передбачені Стандартами діагностики та лікування, Протоколами Міністерства охорони здоров'я України.

**Нещасний випадок** – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини, з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи людини сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування.

**Професійні хвороби (професійна патологія)** - це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Діагностика та встановлення первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами чинного законодавства України.

**Невідкладний стан людини** - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин та потребує госпіталізації до стаціонару на строк від 6 до 72 годин, про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається «Госпіталізований за терміновими показаннями».

**Планова медична допомога (Планова допомога)** - комплекс медичних послуг, які надаються ЗО за умов, коли немає безпосередньої загрози її життю і здоров'ю, але необхідні певні дії щодо поліпшення стану здоров'я ЗО. Передбачає надання медичної допомоги Застрахованій особі в умовах стаціонару у зв'язку з розладом здоров'я, що не потребує надання невідкладної медичної допомоги, та за умови неефективності лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах.

**Гострий біль** – суб'єктивне відчуття людини, яке виникає раптово, у зв'язку з Розладом здоров'я, різко погіршує загальний стан людини, заважає її нормальній працездатності.

**Вперше виявлене захворювання** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини, не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.

**Гостре захворювання (Раптове захворювання)** – раптове погіршення самопочуття людини, яке має яскраво виражені симптоми (наприклад, ГРВІ). Певна частина гострих захворювань має здатність переходити в Хронічні захворювання, завдяки таким факторам як: особливості імунної системи, особливості збудника хвороби, несприятливі умови зовнішнього середовища, неадекватне або несвоєчасне лікування;

**Хронічне захворювання** – тривале захворювання, яке, з моменту його виникнення, супроводжує людину протягом її життя. Характеризується повільними прогресуючими негативними змінами в організмі людини. Як правило, хронічне захворювання характеризується циклічністю протікання: періоди загострень (більший прояв вже існуючих симптомів хвороби та/або поява нових) змінюються періодами ремісії (зменшення проявів хвороби, інколи, до повного зникнення ознак хвороби).

**Компенсація** - стан повного або часткового заміщення функцій ушкоджених систем, органів та тканин організму за рахунок компенсаторних процесів (інших органів і систем організму людини).

**Декомпенсація (некомпенсовані форми захворювання)** - порушення діяльності тканин(и) організму, органу та/або системи органів, як наслідок порушення діяльності всього організму людини в цілому, за рахунок порушень механізмів компенсації. Стан декомпенсації проявляється вираженими клінічними проявами захворювання та/або критичними станами.

**Медична установа (заклад)** – заклад охорони здоров'я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, які уклали зі Страховиком договори на обслуговування ЗО. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри та інші надавачі послуг, що передбачені умовами Договору. Перелік Медичних установ зазначено на сайті [www.oberig-sg.com/lpu](http://www.oberig-sg.com/lpu).

**Індивідуальна картка ЗО (Картка ЗО)** – документ, складений за формою, визначеною Страховиком, та згідно з яким проводиться ідентифікація Застрахованої особи в медичному закладі (аптеці).

**Медичне транспортування ЗО** – перевезення ЗО за допомогою спеціально обладнаного транспортного засобу, за медичними показаннями у медичний заклад для надання медичної допомоги. Таке транспортування здійснюється у супроводі медичного працівника.

**Компетентні органи** - державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку; юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що впливають із Договору. Компетентними органами, зокрема, вважаються: правоохоронні органи, медичні установи, суди тощо.

Генеральний директор



І.Ф. Крендельов

Додаток № 1  
до умов добровільного медичного страхування

### Додаткові умови страхування «BEST DOCTORS»

#### 1. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

- 1.1. Страховим випадком є документально підтверджена, у порядку, передбаченому цим Договором, подія, що сталася з Застрахованою особою, що призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються (визначені) Програмою страхування, що вказана у Таблиці №1 до цих Додаткових умови, з урахуванням сукупності наступного:
  - ✓ процедура проводиться протягом терміну дії Договору;
  - ✓ діагноз, що вимагає проведення медичної процедури, підтверджений за допомогою послуги «ІнтерКонсультейшнSM»;
  - ✓ відповідне захворювання або стан не було діагностовано, і його медичні симптоми не були зафіксовані в документах до дати початку дії Договору та / або протягом періоду виключення для Застрахованої особи згідно Сертифікату;
  - ✓ лікування є необхідним з медичної точки зору;
  - ✓ медичні витрати не перевищують страхову суму і ліміти, зазначені в Сертифікаті;
  - ✓ лікування організовано компанією «BDUI» відповідно до порядку врегулювання збитків, зазначеному у цьому Договорі;
  - ✓ медичні витрати виникли за межею України (крім випадків, коли за погодженням зі Страховиком лікування продовжується в Україні, згідно з п. 3.5).
  - ✓ витрати на медичну діагностичні процедури, лікування, обслуговування, виробу медичного призначення та рецептурні лікарські препарати покриті Договором згідно з Сертифікатом.
- 1.2. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини, класифікуються до одного страхового випадку.
- 1.3. Перелік медичних та інших послуг і обсяг медичної допомоги визначається Програмою страхування, на умовах якої укладено цей Договір. Назву діючу Програму страхування, яку було обрано Страхувальником для окремої Застрахованої особи наведено в Сертифікаті.
- 1.4. Договір може передбачати лікування щодо наступних станів і медичних процедур в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування, яку зазначено в Сертифікаті:
  - 1.4.1. **Лікування раку:**
    - 1.4.1.1. будь-яких злоякісних пухлин, включаючи лейкемію, саркому і лімфому, що характеризуються неконтрольованим ростом, розповсюдженням клітин і інвазією тканин;
    - 1.4.1.2. будь-якого раку «in situ» («на місці»), область ураження якого обмежена епітелієм, на якому він виник, за умови, що строма і навколишні тканини не були порушені; (не включено в Програму страхування «ОНКОЛОГІЯ»).
    - 1.4.1.3. будь-яких передракових змін в клітинах, які цитологічно та гістологічно класифікуються як дисплазія високого ступеня диференціювання або важка дисплазія (не включено в Програму страхування «ОНКОЛОГІЯ»).
  - 1.4.2. **Операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда), діє при обранні Програми страхування «РОЗШИРЕНА»:**
    - 1.4.2.1. проведення хірургічної операції за рекомендацією консультанта-кардіолога для корекції звуження або блокування однієї або більше коронарних артерій шляхом установки необхідних трансплантатів.
  - 1.4.3. **Заміна чи відновлення клапана серця, діє при обранні Програми страхування, «РОЗШИРЕНА»:**
    - 1.4.3.1. хірургічна операція за рекомендацією консультанта-кардіолога для заміни або відновлення одного або більше серцевих клапанів.
  - 1.4.4. **Нейрохірургічна операція, діє при обранні Програми страхування «РОЗШИРЕНА»:**
    - 1.4.4.1. Будь-яке хірургічне втручання в головний мозок, будь-які інші внутрішньочерепні структури в зв'язку із

захворюваннями;

1.4.4.2. Лікування доброякісних пухлин, розташованих в спинному мозку.

1.4.5. **Пересадка органів від прижиттєвого донора**, діє при обранні Програми страхування "РОЗШИРЕНА":

1.4.5.1. хірургічна трансплантація, при якій Застрахованій особі пересаджують нирку, сегмент печінки, частину легені, частину підшлункової залози від живого сумісного донора.

1.4.6. **Пересадка кісткового мозку**, діє при обранні Програми страхування "РОЗШИРЕНА":

1.4.6.1. пересадка кісткового мозку (ПКМ) або трансплантація стовбурових клітин крові кісткового мозку Застрахованій особі, які належать:

- застрахованій особі (трансплантація аутологічного кісткового мозку);
- від живого сумісного донора (алогенна трансплантація кісткового мозку).

## 2. СТРАХОВА ВИПЛАТА

**2.1.** Страхова виплата здійснюється у рамках страхової суми та лімітів, зазначених в Сертифікаті згідно з умовам Договору, шляхом оплати вартості медичних та інших послуг (витрат), передбачених Програмою страхування, назву якої зазначено в Сертифікаті. Страхова виплата за послуги організовані компанією «BDUI» здійснюється безготівково шляхом перерахування коштів їх цільовим отримувачам (в т.ч. «BDUI»), крім Застрахованої особи. Щоденна виплата за кожен день Госпіталізації, що передбачена Програмою страхування "РОЗШИРЕНА" згідно з п. 5.5.3., та компенсація понесених Застрахованою особою Витрат на лікарські препарати, придбані в Україні згідно з п. 3.5., що передбачено в Програмою страхування "РОЗШИРЕНА" - здійснюються безпосередньо Застрахованій особі.

## 3. ВИТРАТИ, ЩО ПОКРИВАЮТЬСЯ ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ

Відповідно до умов Програми страхування оплачуються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями і медичними процедурами, згідно з обраною Програмою страхування:

### 3.1. Медичні витрати

**3.1.1.** При лікуванні в Лікарні відшкодовуються наступні витрати:

- Проживання, харчування та послуги з медичного догляду, надані під час перебування Застрахованої особи в кімнаті, палаті або відділенні у Лікарні, у відділенні інтенсивної терапії та контролю;
- Інші лікарняні послуги, в т.ч. послуги, надані в амбулаторному відділенні лікарні, а також витрати, які стосуються вартості додаткового або сусіднього ліжка, якщо лікарня надає таку послугу;
- Використання операційної та всіх послуг, що відносяться до неї.

**3.1.2.** За лікування в денному стаціонарі або незалежному центрі задля поліпшення побутових умов, але тільки за умови, що лікування, хірургічна операція або припис покриті згідно з цим Договором і передбачені в цій лікарні.

**3.1.3.** За лікування у лікаря - обстеження, лікування, медичного догляду або хірургічної операції.

**3.1.4.** За візити лікарів в процесі госпіталізації.

**3.1.5.** За наступні медичні і хірургічні послуги, лікувальні процедури і приписи:

- Анестезія та введення знеболюючих препаратів, за умови призначення їх анестезіологом;
- Лабораторні аналізи і дослідження патологій, рентгенографічні дослідження, що проводяться в діагностичних цілях, променева терапія, використання радіоактивних ізотопів, хіміотерапія, електрокардіограми, ехокардіографія, мієлограми, електроенцефалограми, ангіографії, комп'ютерна томографія та інші подібні аналізи і процедури, необхідні для діагностики та лікування хвороб і медичних процедур, що покриваються Програмою страхування, за умови їх проведення лікарем або під медичним наглядом;
- Переливання крові, введення плазми і сироватки;
- Витрати, пов'язані з використанням кисню, застосування внутрішньовенних розчинів і ін'єкцій.

**3.1.6.** За Лікарські препарати, які застосовуються за медичним приписом при Госпіталізації Застрахованої особи для лікування захворювання або для медичної процедури, що покривається Програмою страхування. Лікарські препарати, запропоновані для післяопераційного лікування, покриваються протягом 30 днів з моменту завершення стадії лікування Застрахованої особи, проведеного за межами України і тільки тоді, коли вони куплені до повернення в Україну.

**3.1.7.** За переміщення і транспортування наземними або повітряними транспортними засобами невідкладної допомоги за умови, що їх використання показано або призначено лікарем або попередньо схвалено компанією «BDUI».

**3.1.8.** За послуги, що надаються прижиттєвому донору в процесі видалення органу, призначених для трансплантації Застрахованій особі, які полягають в наступному:

- Процедура визначення місцезнаходження потенційних донорів;
- Лікарняні послуги, що надаються донору, в т.ч. розміщення в лікарняній кімнаті, палаті або відділенні Лікарні, харчування, послуги загального медичного догляду, послуги, що регулярно надаються персоналом лікарні, лабораторні аналізи, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі видалення призначеного для трансплантації органу);
- Хірургічне втручання та медичні послуги з видалення органу донора, призначені для трансплантації Застрахованій особі.

**3.1.9.** За послуги та матеріали, що необхідні для медичних досліджень кісткового мозку у зв'язку з майбутньою пересадкою тканинного трансплантата Застрахованій особі. Покриття буде забезпечено тільки для витрат, понесених з моменту виникнення первинних медичних витрат, що покриваються Програмою страхування.

### 3.2. Витрати на проїзд

**3.2.1.** Програмою страхування покриваються витрати на проїзд Застрахованої особи та однієї супроводжуючої особи за кордон

(а також прижиттєвого донора в разі трансплантації органів) з єдиною метою проведення лікування, затвердженого та організованого «BDUI». Всі заходи з підготовки переїзду проводить компанія «BDUI», при цьому Страховик не оплачує витрати на проїзд, що були здійснені самостійно Застрахованою особою або самостійно третьою особою від імені Застрахованої особи.

**3.2.2.** Компанія «BDUI» буде нести відповідальність за визначення дат поїздки на основі затвердженого графіка лікування. Ці дати будуть повідомлені Застрахованій особі з метою надання Застрахованій особі достатнього часу для здійснення особистої підготовки.

**3.2.3.** У разі зміни Застрахованою особою дати поїздки після отримання повідомлення від компанії «BDUI», Застрахована особа виплатить компенсацію Страховику та / або «BDUI» по відношенню до всіх витрат, пов'язаних з організацією та наданням нових послуг по переїзду, якщо зміни не будуть підтверджені «BDUI» в якості необхідних з медичної точки зору.

**3.2.4.** Програмою страхування покриваються витрати в межах, встановлених Договором і самою Програмою страхування:

- проїзд від постійного місця проживання Застрахованої особи до встановленого аеропорту або міжнародної залізничної станції;

- вартість залізничного та / або авіаквитка економ-класу до міста, де буде проводитися лікування, а також трансфер до зазначеного готелю,

- проїзд від встановленого готелю або лікарні в аеропорт або до міжнародної залізничної станції,

- вартість залізничного та / або авіаквитка економ-класу до міста, в якому постійно проживає Застрахована особа,

- проїзд від аеропорту або залізничної станції до постійного місця проживання Застрахованої особи.

Покриті витрати на поїздки не включатимуть регулярні трансфери з готелю до лікарні або огляд лікарем під час лікування за кордоном.

### 3.3. **Витрати на проживання**

**3.3.1.** Для розміщення Застрахованої особи та однієї супроводжуючої особи (а також прижиттєвого донора в разі трансплантації) під час перебування за кордоном з єдиною метою - проведення лікування, затвердженого компанією

- «BDUI». Всі заходи щодо організації проживання повинна здійснювати компанія «BDUI», при цьому Страховик не оплачує проживання, організоване самостійно Застрахованою особою або будь-якою третьою особою, яка діє від імені Застрахованої особи.

**3.3.2.** Компанія «BDUI» буде нести відповідальність за прийняття рішення щодо дат бронювання розміщення на основі затвердженого графіка лікування. Ці дати будуть повідомлені Застрахованій особі з метою надання Застрахованій особі достатньої кількості часу для здійснення особистої підготовки.

**3.3.3.** Компанія «BDUI» вкаже дату повернення на підставі завершення лікування і підтвердження лікуючого лікаря, що Застрахована особа в змозі здійснювати переїзд.

**14.3.3.** У разі зміни Застрахованою особою дати поїздки після отримання повідомлення від «BDUI», Застрахована особа виплатить компенсацію Страховику та / або «BDUI» по відношенню до всіх витрат, пов'язаних з організацією та наданням нових послуг по переїзду, якщо зміни не будуть підтверджені «BDUI» в якості необхідних з медичної точки зору.

**3.3.4.** Заходи з організації проживання включають в себе:

- бронювання двомісного номера або номера з двоспальним ліжком в комфортабельному готелі з включеним сніданком (в категоріях 3/4 зірки), відповідно до критеріїв, встановлених в інтересах Застрахованої особи. (Вибір готелю буде залежати від наявності місць і близькості до лікарні, або від місця знаходження лікаря в радіусі 10 км).

**3.3.5.** Харчування (крім сніданків) і непередбачені витрати в готелі не є предметом страхового покриття. Застрахована особа не може за додаткову плату підвищувати рівень комфортності у відповідному готелі.

### 3.4. **Витрати на репатріацію**

**3.4.1.** У разі смерті Застрахованої особи (або прижиттєвого донора в разі трансплантації), що сталася за межами України, в процесі проведення лікування, організованого відповідно до даного Договору, Страховик оплатить репатріацію останків в Україну. Дане покриття обмежується тільки послугами і матеріалами, необхідними для підготовки тіла небіжчика і його транспортування в Україну, в т. ч. :

- послуги, що надаються ритуальним бюро, в якому передбачена міжнародна репатріація, в т. ч. бальзамування і всі адміністративні формальності;

- труну з мінімальними обов'язковими атрибутами;

- доставка тіла небіжчика обраним BDUI транспортом (авіасполученням, залізничним чи наземним транспортом);

- транспортування тіла небіжчика від аеропорту до зазначеного місця поховання в Україні.

### 3.5. **Витрати на лікарські препарати, придбані в Україні**

**3.5.1.** Програмою страхування покривається вартість лікарських препаратів, придбаних в Україні після лікування захворювання або медичної процедури, яка підтверджена «ІнтерКонсультейшнSM» від «Бест Докторз» та організовано компанією «BDUI» в Попередньому медичному рішенні (покривається виключно в Програмою страхування «РОЗШИРЕНА»).

**3.5.2.** Покриття витрат доступне тільки при виконанні наступних умов:

- якщо Страхувальником при укладанні Договору для Застрахованої особи було обрано Програму страхування «РОЗШИРЕНА»;

- якщо лікарський препарат був рекомендований лікарем (лікарями) міжнародної кваліфікації, який (і) брав (ли) участь в лікуванні Застрахованої особи, в якості необхідного для подальшого лікування;

- якщо лікарський препарат ліцензований і дозволений відповідними органами влади в Україні, і його призначення і обіг належним чином регулюється;

- якщо лікарський препарат виписується за рецептом лікаря в Україні;

- якщо лікарський препарат продається в Україні;

- якщо лікарський препарат придбаний на території України, і кожен рецепт виписаний на кількість лікарського препарату, достатню для застосування протягом не більше двох місяців.

**3.5.3.** Таке страхування не покриває:

- будь-яку вартість лікарських препаратів, які безкоштовно надаються в рамках системи охорони здоров'я України, або які покриваються будь-яким іншим страховим полісом;
- вартість застосування/введення лікарського препарату;
- придбання лікарського препарату поза межами України;
- рахунки, надані Страховику більш ніж через 180 днів після придбання лікарського препарату.

**3.5.4.** Фінансування та відшкодування:

- придбання лікарських препаратів в рамках пункту 3.5. має бути організоване і оплачене безпосередньо Застрахованою особою. Страховик виплатить відшкодування Застрахованій особі після отримання відповідного рецепту, оригіналу рахунку і документу, що підтверджує здійснення платежу (касовий або фіскальний чек, наприклад).
- якщо вартість лікарського препарату частково покривається в рамках системи охорони здоров'я або альтернативним страховим полісом, у запиті про відшкодування коштів повинні чітко розмежовуватися кошти, повністю надані Застрахованою особою і кошти, надані в рамках системи охорони здоров'я або іншим страховим полісом.

#### **4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.**

##### **4.1. Загальні виключення:**

- 4.1.1. Витрати, понесені у зв'язку з усіма захворюваннями і медичними процедурами, спеціально непередбаченими в Розділі 3 цих Додаткових умов.
- 4.1.2. Будь-які витрати, пов'язані з захворюваннями або травмами в результаті війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту, терористичних актів, сейсмічних рухів, заворушень, повстань, повеней, вивержень вулканів, а також прями і непрямі наслідки ядерних реакцій та інших надзвичайних або катастрофічних подій; а також в зв'язку з офіційно задекларованими епідеміями.
- 4.1.3. Будь-які медичні витрати, необхідність яких викликана алкоголізмом, наркоманією та/або отруєнням пов'язаним з алкоголем та/або наркотичних, психотропних або галюциногенних препаратів. До виключень також відносяться стани і захворювання, причиною яких є спроба здійснення суїциду або заповідання собі шкоди.
- 4.1.4. Витрати, пов'язані з будь-якими захворюваннями і станами, які викликані навмисно або з умислом, або є наслідком прояву недбалості або злочинної необережності Застрахованої особи, або виникли під час проведення злочину.

4.2. **Медичні виключення:**

- 4.2.1. Існуючі обмежуючі умови: будь-яка хвороба Застрахованої особи, яка призводить до захворювання або стану здоров'я Застрахованої особи, що підпадають до визначення «Страхові випадки» за цим Договором зазначених у розділі 7 цього Договору, лікування яких проводиться шляхом надання медичних та інших послуг, за умови що така хвороба була діагностована, для неї проводилися заходи лікування або вона з'явилася, і існують супутні документи, підтвердуючі медичні записи про симптоми, підтвердуючі записи лікарів, лабораторні та апаратні дослідження протягом 10 (десяти) років до дати початку Договору
- 4.2.2. Експериментальне лікування, а також діагностичні, терапевтичні та / або хірургічні процедури, безпека і надійність яких немає належного наукового підтвердження.
- 4.2.3. Медичні процедури, необхідні в зв'язку з наявністю СНІДу (синдрому набутого імунodefіциту), ВІЛ (вірусу імунodefіциту) або іншого стану, який виник внаслідок даних захворювань (в т. ч. саркома Капоші), а також для лікування СНІДу та ВІЛ.
- 4.2.4. Будь-які послуги, які за медичними показаннями не є необхідними для лікування хвороб або проведення медичних процедур, передбачених обраною Страхувальником Застрахованій особі Програмою страхування.
- 4.2.5. Витрати, що виникли під час лікування, обслуговування та забезпечення медичних приписів по захворюваннях, найкращим методом лікування, яких є пересадка органів, покривається програмами 1.4.5. та 1.4.6 (ця умова діє виключно у разі обрання Програми страхування "РОЗШИРЕНА").
- 4.2.6. Будь-яке захворювання, викликане трансплантацією органу, за винятком випадків, коли розглянуте захворювання визначено як покриті страхуванням захворювання або медична процедура (виключно для Програми «Розширена»).

4.3. **Витрати, що не покриваються:**

- 4.3.1. Будь-які витрати, понесені у зв'язку з будь-якими діагностичними процедурами, лікуванням, обслуговуванням і медичним приписом будь-якого характеру, понесені в Україні, крім випадків згідно з п. 4.3.1.1.
- 4.3.1.1. Для застрахованої особи діє Програма страхування "РОЗШИРЕНА", при цьому Страховиком відшкодовується вартість витрат на оплату діагностичних процедур та аналізів в ліміті до 200 (двохсот) євро, які були понесені застрахованою особою в Україні до надання їй Попереднього медичного рішення за умови їх належного документального підтвердження. Такі витрати компенсуються Страховиком за умови обов'язкового одночасного дотримання таких вимог:
  - діагностичні процедури та аналізи проводились маючи на меті виявлення діагнозу, що був пізніше підтверджений Попереднім медичним рішенням;
  - застрахована особа пройшла лікування згідно з Попереднім медичним рішенням;
  - діагноз, зазначений у Попередньому медичному рішенні, відноситься до страхових випадків згідно з цим Договором та Програмою страхування застрахованої особи.
- 4.3.2. Будь-які витрати, понесені у зв'язку з будь-якими діагностичними процедурами, лікуванням, обслуговуванням, приладдям, медичним приписом будь-якого характеру, понесені в будь-якій країні світу, якщо Застрахована особа проживала поза межами України протягом більш ніж 183 днів, в період 12 місяців до першого звернення за послугою «ІнтерКонсультаційнSM» або не проживала постійно в Україні під час подання повідомлення про страховий випадок.

- 4.3.3. Будь-які витрати, понесені стосовно захворювання, що було діагностовано або проявилось першими задокументованими симптомами, підтвердженими записами лікарів, лабораторними або інструментальними дослідженнями, протягом Періоду виключення згідно Сертифікату.
- 4.3.4. Будь-які витрати, понесені до видачі Попереднього медичного рішення.
- 4.3.5. Будь-які витрати, понесені в лікарні, яка не зазначена в Попередньому медичному рішенні.
- 4.3.6. Будь-які витрати, понесені без дотримання положень розділу 16. Процедура врегулювання страхових випадків.
- 4.3.7. Будь-які витрати, понесені у зв'язку з утриманням та медичним доглядом на дому або оплатою за послуги, що надаються в реабілітаційному центрі або установі, хоспісі або будинку для людей похилого віку, навіть якщо такі послуги потрібні в результаті покритого страхуванням захворювання або проведення медичної процедури.
- 4.3.8. Будь-які витрати, понесені при придбанні (або прокаті) будь-якого виду протеза або ортопедичних пристосувань, корсетів, бандажів, милиць, штучних частин тіла або органів, перук (навіть якщо їх використання вважається необхідним в процесі лікування хіміотерапією), ортопедичного взуття, гризових бандажів і іншого аналогічного обладнання або предметів, за винятком протезів молочних залоз і штучних клапанів серця в результаті хірургічної операції, організованої та оплаченої в рамках даного Договору.
- 4.3.9. Будь-які витрати, понесені при придбанні або оренді інвалідних крісел, спеціальних ліжок, приладів кондиціонування повітря, очищувачів повітря і інших подібних предметів або обладнання.
- 4.3.10. Будь-які лікарські препарати, які не були продані ліцензованим фармацевтом, або придбані без наявності медичного рецепту.
- 4.3.11. Будь-які витрати, понесені внаслідок застосування альтернативної медицини, навіть якщо такі заходи спеціально назначені лікарем.
- 4.3.12. Будь-які витрати на медичний догляд або запобіжні заходи у випадках церебрального синдрому, старечої немочі або церебрального порушення, незалежно від стадії їх прогресування.
- 4.3.13. Оплата послуг перекладачів, телефонного зв'язку та інших витрат щодо предметів особистого користування, що не відносяться до медицини, або інших послуг, що надаються родичам і супроводжуваними особам.
- 4.3.14. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою або його родичами і супроводжуваними особами, за винятком витрат, чітко зазначених в якості предметів покриття.
- 4.3.15. Будь-які медичні витрати, які не є загальноприйнятими і розумними.
- 4.3.16. Будь-які витрати, що не передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування для окремої Застрахованої особи, що зазначено в Сертифікаті.
- 4.4. Виключення з захворювань та медичних процедур:**
- 4.4.1. У випадку онкологічних захворювань**
- рак шкіри, який не був класифікований гістологічно як причини вторгнення за межі епідермісу (зовнішній шар шкіри) за винятком злоякісних меланом
  - Будь-яка пухлина при наявності синдрому набутого імунodefіциту (СНІД).
- 4.4.2. У разі проведення операції шунтування коронарної артерії**
- Будь-яка ішемічна хвороба, лікування якої проводиться з використанням інших методів, ніж шунтування
  - коронарних артерій, наприклад, будь-яким видом ангіопластичної хірургії.
- 4.4.3. У разі пересадки органу від прижиттєвого донора згідно з п. 1.4.5.**
- Будь-яка трансплантація, необхідність в якій виникла внаслідок алкогольної хвороби печінки.
  - Будь-яка аутологічна трансплантація
  - Будь-яка трансплантація, коли Застрахована особа є донором по відношенню до третьої особи.
  - Будь-яка трансплантація органів від мертвого донора.
  - Будь-яка трансплантація органів, що включає в себе лікування стовбуровими клітинами.
  - Трансплантація, здійснена шляхом покупки донорських органів.
- 4.4.4. Будь-які захворювання і стани, що не передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування для окремої Застрахованої особи, що зазначено в Сертифікаті.

## **5. ФОРМИ І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПРОЦЕДУРА ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.**

5.1. Після діагностування захворювання або проведення медичної процедури, передбачених Програмою страхування згідно з розділом 7 Договору, Застрахована особа або особа, яка офіційно діє від його імені, має виконати процедуру врегулювання страхового випадку, передбаченого цим Договором. Дотримання процедури врегулювання страхових випадків є обов'язковим для забезпечення лікування, обслуговування, отримання медичних товарів або медичного припису щодо покритого страхуванням захворювання або медичної процедури згідно Програми страхування.

### **5.2. Повідомлення про страховий випадок.**

5.2.1. Застрахована особа або її законний представник має зв'язатися зі Страхувальником в найкоротший термін для повідомлення про потенційний страховий випадок і для подання запиту на надання послуги з надання другої медичної думки - «ІнтерКонсультейшнSM».

5.2.2. Персонал компанії «BDU1» повідомить Застраховану особу про необхідні дії для проходження процесу «ІнтерКонсультейшнSM», в т. ч. про надання Застрахованою особою підписаного дозволу, що дозволяє компанії «Бест Докторз» робити запити про будь-які необхідні діагностичні аналізи і медичні дані, та згідно стандартної процедури, протягом 14 робочих днів після отримання документів від Застрахованої особи, надасть письмовий звіт про підтвердження (або відмову від) дії страхового покриття .

5.2.3. Метою послуги «ІнтерКонсультейшнSM» є підтвердження діагнозу і дії страхового покриття, передбаченого Договором.

### **5.3. Оцінка страхового випадку і вибір лікарні міжнародного рівня.**



Після позитивного завершення процесу «ІнтерКонсультаційSM» компанія «Бест Докторз» надасть Страховику та Застрахованій особі повний письмовий звіт у термін до 14 робочих днів після отримання документів від Застрахованої особи згідно цього Договору. У звіті незалежним медичним експертом буде підтверджений діагноз і варіанти лікування. У разі підтвердження в звіті діагнозу щодо захворювання або медичної процедури, які покриваються Програмою страхування, і прийняття Застрахованою особою рішення про проведення лікування за межами України, Застрахована особа повинна повідомити про таке рішення компанію «BDUI» або Страховика. Після цього компанія «BDUI» надасть Застрахованій особі список рекомендованих лікарень за кордоном. Застрахована особа протягом трьох місяців з моменту отримання звіту зобов'язана письмово повідомити компанію «BDUI» про вибір лікарні з наданого переліку (таке повідомлення може бути передане «BDUI» через Страховика).

#### **5.4. Попереднє медичне рішення.**

5.4.1. Після отримання компанією «BDUI» підтвердження Застрахованої особи обраної лікарні з переліку рекомендованих лікарень для лікування, компанія «BDUI» здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи в обрану лікарню, і надасть, як правило, в термін до десяти робочих днів Попереднє медичне рішення, дійсне тільки для зазначеної у ньому лікарні. Попереднє медичне рішення забезпечує Застрахованій особі доступ до відповідного лікування, обслуговування і приписам в обраній лікарні, згідно з відповідним страховим випадком.

5.4.2. Будь-які витрати, понесені в будь-якій іншій лікарні, ніж зазначена в попередньому медичному рішенні, не підлягають страховому покриттю, і Страховиком не виплачуються будь-які компенсації (відшкодування тощо) таких витрат.

5.4.3. Будь-які витрати, понесені до видачі Попереднього медичного рішення, не підлягають страховому покриттю.

5.4.4. У разі, якщо Застрахована особа не обрала лікарню зі списку рекомендованих лікарень або не ініціювала лікування в схваленій лікарні, зазначеній в Попередньому медичному рішенні впродовж трьох місяців з дати випуску Попереднього медичного рішення, компанія «BDUI» знову випустить цей документ на підставі стану здоров'я Застрахованої особи на відповідний момент часу.

#### **5.5. Оплата.**

5.5.1. За умови дотримання положень Попереднього медичного рішення, Страховик згідно з умовами цього Договору бере на себе витрати, понесені Застрахованою особою, з урахуванням обмежень, винятків і умов, що викладені в Договорі. Страховик оплачує витрати, передбачені (покріті) цим Договором, з урахуванням Програми страхування застрахованої особи у спосіб, визначений «BDUI».

5.5.2. Застрахована особа і його родичі повинні допускати лікарів - співробітників компанії «BDUI» і / або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як явно виражена відмова від права на отримання виплат по відповідним страховим випадкам, які забезпечуються страховим покриттям згідно з Договором.

5.5.3. Щоденна виплата за кожен день Госпіталізації, що передбачена в Програмі страхування «РОЗШИРЕНА», здійснюється безпосередньо Застрахованій особі у розмірі 100 (сто) євро за курсом Національного Банку України на день видачі Попереднього медичного рішення за кожен день такої Госпіталізації, але не більше ніж за 60 (шістдесят) днів.

### **6. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

#### **6.1. Страховик може відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором:**

6.1.1. якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження за направленням Страховика (при наявності сумнівів Страховика щодо страхового випадку);

6.1.2. якщо Застрахованій особі на дату укладення Договору (включення в нього) виповнилось 65 років;

6.1.3. якщо Страхувальник (Застрахована особа) надав при укладенні Договору неправдиві відомості;

6.1.4. у інших випадках, передбачених цим Договором та чинним законодавством України;

6.1.5. у випадках, що не передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування.

### **7. ТЕРМІНИ**

**Нещасний випадок** - це короткочасна 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), які призвели до тимчасової або постійної втрати працездатності Застрахованої особи або настала її смерть.

**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, радіоактивних 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 і незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командуванням 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.

**Медична декларація** - заява на страхування (медична декларація застрахованої особи), що заповнюється кожною

Застрахованою особою або Страхувальником з метою укладання цього Договору. Заяви на страхування (медичні декларації застрахованих осіб) є Додатком до цього Договору, якщо така умова визначена згідно п. 3.2.1. цього Договору.

**Супроводжуюча особа** – особа, яка супроводжує застрахованого за кордон до місця проведення лікування / проведення складної хірургічної операції і знаходиться з ним під час перебування застрахованої особи за кордоном. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг.

**Альтернативна медицина** - системи, практики і продукти медицини і охорони здоров'я, які в даний час не визнаються як частина загальноприйнятої медицини або стандартних схем лікування. До них відносяться, зокрема акупунктура, ароматерапія, хіропрактика, гомеопатія, натуропатія та остеопатія.

**«Бест Докторз»** - компанія медичних послуг у складі компанії Best Doctors Inc. - сервісна компанія, яка надає такі медичні послуги за Договором: «ІнтерКонсультаційнSM» (InterConsultationSM).

**«ІнтерКонсультаційнSM» (InterConsultationSM)** - структурований процес прийняття другого медичного висновку, побудований на поглибленому вивченні медичних даних Застрахованої особи та наданих діагностичних матеріалів визнаними медичними експертами світового класу. Дану послугу надає компанія «Бест Докторз».

**«Medical Concierge Service»:** послуга, відповідно до якої компанія «BDU», за дорученням Застрахованої особи, здійснює запис на прийом в медичних компаніях, організовує все, що пов'язано з наданням медичної допомоги, включаючи госпіталізацію, візову підтримку, розміщення в готелі, транспортування і клієнтський сервіс. «BDU» також займається супроводом клінічного випадку з метою забезпечення адекватності лікування.

**Необхідними з медичної точки зору є наступні медичні послуги і товари:**

- необхідні для задоволення основних потреб Застрахованої особи в медичній допомозі та;
- надані найбільш відповідним, з медичної точки зору, способом і в тому вигляді, в якому вони найбільш відповідають сфері медичного обслуговування, з урахуванням як вартості, так і якості послуг, та;
- за типом, частотою і тривалістю лікування відповідають науково обґрунтованим рекомендаціям медичних і дослідницьких організацій, організацій або державних органів медичного страхування, узгоджених Страховиком, та,
- стани або захворювання відповідні до діагнозу та;
- необхідні з причин інших, ніж зручність Застрахованої особи або його / її лікаря, та;
- щодо яких проведено експертну оцінку і в поширеній медичній літературі продемонстровано наступне:
  - безпеку та ефективність в лікуванні та діагностиці станів або захворювань, для яких пропонується їх застосування або;
  - безпеку у вигляді перспективи ефективності при лікуванні станів, небезпечних для життя або захворювань при клінічно контрольованій науковій програмі.

**Церебральний синдром:** наявність церебрального порушення або пошкодження головного мозку, яке призвело до часткового або повного порушення функцій мозку.

**Лікар** - спеціаліст, який на законних підставах уповноважений здійснювати медичну практику.

**Виключення** - певні ситуації або стани, що не покриваються Договором і за якими у Страховика відсутні зобов'язання здійснювати страхову виплату.

**Лікарня** - приватна чи державна організація, законно уповноважена на забезпечення медичного лікування захворювань або травм, оснащена матеріальними/технічними засобами і укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

**Госпіталізація** - цілодобове перебування застрахованою особою в лікарні (клініці), що зазначено у Попередньому медичному рішенню.

**Попередні стани:** будь-які захворювання, які були діагностовані, щодо яких було проведено лікування, або які проявилися разом з пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами, підтвердженими записами лікарів, лабораторними та інструментальними дослідженнями протягом 10 років до дати початку дії договору.

**Період виключення (очікування)** – 180 (сто вісімдесят) днів, з дати початку дії Договору, зазначеної в Сертифікаті, 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. Період виключення (очікування) не застосовується при наступній пролонгації дії Договору через один рік після початку його дії та усіх подальших пролонгаціях на щорічні терміни за умови дотримання безперервності дії Договору з урахуванням Пільгового періоду. Після припинення дії цього Договору з будь-якої причини, у випадку укладення Страхувальником (Застрахованою особою) нового Договору «Best Doctors» або за будь-якою іншою програмою з аналогічними умовами страхування, Період виключення (очікування) буде застосований знову, якщо інше не передбачено новим Договором. Якщо Сторонами при укладенні цього Договору був погоджений інший Період виключення (очікування), ніж 180 днів, то інформація про Період виключення (очікування) застосований для конкретної застрахованої особи зазначається в Сертифікаті для такої Застрахованої особи.

**Експериментальні методи лікування** - лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань.

**Лікарські препарати** - будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта. Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату.

**Неінвазивний рак або рак «in situ»** - злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини.

**Попереднє медичне рішення:** письмове підтвердження Страховика або компанії «BDU», в якому вказується підтвердження

страхового покриття по Договору до початку надання послуг у зазначеній Лікарні за межами країни проживання Застрахованої особи - на лікування, послуги, виробі медичного призначення та рецептурні лікарські препарати, що мають відношення до страхового випадку.

**Хірургічна операція** - операція, що проводиться в діагностичних або терапевтичних цілях та виконується шляхом надрізу або іншим способом внутрішнього проникнення хірургом у Лікарні, для проведення яких зазвичай потрібна наявність операційної.

**Захворювання** - будь-які зміни в стані здоров'я людини, не пов'язані з нещасними випадками, діагноз і підтвердження яких виконані лікарем, офіційно зареєстрованим в даному виді діяльності. Захворювання включатиме в себе всі пошкодження або наслідки, що виникли на тлі одного діагнозу, а також всі види нездужань, пов'язаних з однією причиною або групою взаємопов'язаних причин. Якщо нездужання виникло внаслідок тієї ж причини, яка викликала попереднє захворювання, або внаслідок спорідненої причини, дане захворювання буде вважатися продовженням попереднього захворювання, а не окремим захворюванням.

**Травма** - пошкодження, завдане тілу Застрахованої особи.

**Програма страхування** - комплекс опцій, конкретних умов страхування, набір медичних та інших послуг та видів допомоги обраний Страхувальником при укладенні Договору. Страхувальник може обрати одну з двох Програм страхування ЗО:

- "ОНКОЛОГІЯ";

- "РОЗШИРЕНА".

Обрана Страхувальником Програма страхування зазначається у Сертифікаті. Страховик/«BDUI» обслуговує застраховану особу згідно з цим Договором виключно на умовах обраної Страхувальником для Застрахованої особи Програми страхування.

**Таблиця № 1. Програми страхування**

ПОКРИТТЯ / ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	ОНКОЛОГІЯ	РОЗШИРЕНА
Лікування раку	Так окрім п. 1.4.1.2. та 1.4.1.3.	Так
Операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда)	Ні	Так
Заміна чи відновлення клапана серця	Ні	Так
Нейрохірургічна операція	Ні	Так
Пересадка органів від прижиттєвого донора	Ні	Так
Страхова сума на один річний період дії Договору	500 000 євро	1 000 000 євро
Страхова сума за весь строк дії Договору за умови його пролонгації	1 000 000 євро	2 000 000 євро
Щоденна виплата за кожен день госпіталізації	Ні	100 євро
Оплата обстежень та аналізів в Україні	Ні	200 євро
Витрати на проїзд Застрахованої особи та однієї супроводжуючої особи за кордон, а також прижиттєвого донора в разі трансплантації (в т.ч. авіаквитки економ-класу)	10 000 євро	в межах страхової суми
Витрати на проживання Застрахованої особи та однієї супроводжуючої особи за кордон, а також прижиттєвого донора в разі трансплантації (готелі класу 3/4 зірки)	10 000 євро	в межах страхової суми
Витрати на лікарські препарати, придбані в Україні	Ні	50 000 євро
Країни, в які можуть направити застраховану особу на лікування	Весь світ, окрім США та України	Весь світ, окрім України

Інформація про обрану Страхувальником Програму страхування вноситься до Сертифікату. Наявність позначки "Ні" означає, що таке покриття за такою Програмою страхування не надається. Обсяг послуг та ліміти відшкодування (виплат) обмежені для кожної Програми страхування. 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 на новий період страхування.

Генеральний директор




І.Ф. Крендельов