

**ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДОГОВІР
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ “BEST DOCTORS” #**

місто Київ, Україна

1. СТРАХОВИК

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

2. ПАРТНЕРИ СТРАХОВИКА

FURTHER Underwriting International SLU - компанія, що організовує наступні медичні послуги за Договором страхування: “Друге медична думка” і Медичний консьерж-сервіс.

«Друга медична думка» (The Second Medical Opinion service), Друга медична думка відповідає за виконання умов, щодо передбаченої програми захворювань / станів. Послуга передбачає підготовку письмового висновку, заснованого на зборі і детальному вивченні історії хвороби пацієнта лікарем експертом.

Медичний консьерж-сервіс: послуга FURTHER по організації заходів, пов'язаних з лікуванням фізичної особи по підтвердженим страховим випадком. Послуга передбачає контроль за ходом лікування і допомогу в організації поїздок і проживання для застрахованої особи та його супроводжуючого.

3. СТРАХУВАЛЬНИК

(далі – Страхувальник)

4. ВИГОДОНАБУВАЧ

Вигодонабувачем за цим Договором є Застрахована особа.

5. ПІДСТАВА ДЛЯ УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

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

6. ТИП ДОГОВОРУ

6.1. Позначити ТАК або НІ:

	6.1.1. Новий договір
	6.1.2. Новий договір (продовжений з минулого року) на нових умовах визначених в цьому договорі.

7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Початок дії з 00 год. 00 хв. 7.2. Завершення дії - 23 год. 59 хв. (включно).

8. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

- медичні послуги і процедури, що входять в програму, надаються протягом відповідного Періоду дії страхового покриття;
- відповідне захворювання або стан не є захворюванням, які були присутні у Застрахованої особи до початку дії Договору;
- захворювання не було діагностовано, щодо захворювання не проводилося лікування, захворювання не проявилось пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами/свідченнями (ознаками) протягом періоду очікування;
- лікування є необхідним з медичної точки зору;
- медичні витрати не перевищують страхову суму і ліміти, зазначені в договорі страхування;
- лікування організовано FURTHER відповідно до процедури врегулювання страхових випадків, передбаченої в розділі 17;
- медичні витрати виникли за межами України, за винятком:
 - а) витрат на медикаменти, зазначені в п. 15.5.1;
 - б) витрат, пов'язаних з Контролем стану здоров'я, передбачені в 15.5.2;
- витрати на проїзд та проживання покриваються в межах максимум 3 поїздки до місця лікування і зворотні, як зазначено в п. 15.3;
- витрати на медичну діагностику, лікування, послуги, вироби медичного призначення або рецептурні лікарські препарати входять в покриття за Договором відповідно до розділу 15.

9. МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

9.1. Медична декларація застрахованої особи (обране позначено ТАК, інше НІ):

	9.1.1. Щодо кожної застрахованої особи складено (заповнено) Заяву на страхування (медичну декларацію застрахованої особи), що є невід'ємною складовою цього Договору та є його Додатком.
	9.1.2. Щодо кожної застрахованої особи не складалася (заповнювалася) Заява на страхування (медична декларація застрахованої особи).

10. СТРАХУВАЛЬНИК. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА.

10.1. Страхувальник – дієздатна фізична особа, що уклала даний Договір страхування та прийняла умови страхування, яка звертається за отриманням страхового покриття та несе юридичні зобов'язання по Договору.

10.2. Застрахована особа – фізична особа – резидент, про страхування якої Страхувальник уклав даний Договір, та яка має права представлені даним Договором. Застрахованою особою може бути особа, якій на момент укладення Договору не виповнилось 65 (шістдесят п'ять) років.

Застрахованою особою є (обране позначено ТАК, інше НІ):

	10.2.1. Застрахованою особою (особами) є Фізична особа (особи), зазначена (і) в Сертифікаті (х), про страхування якої Страхувальник уклав цей Договір, та яка має права, надані цим Договором.
	10.2.2. Застрахованою особою (особами) є Фізична особа (особи), зазначена (і) в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком #1 до цього Договору, Сертифікат кожній Застрахованій особі не видається.

10.3. Для укладення Договору страхування Страхувальник надає Страховику заяву на укладення Договору та медичну декларацію за формою, встановленою Страховиком і таким чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування (Додаток №1). Всі Додатки до Договору є його невід'ємною частиною.

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

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

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

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

Захворювання, що входять в страхове покриття:

Модуль Покриття I. Онкологічні захворювання.

11.4. Онкологічні захворювання. Умовами Договору передбачено покриття наступних типів онкологічних захворювань:

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

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

11.4.3. будь-які передракові зміни в клітинах, які цитологічно та гістологічно класифікуються як дисплазія високого ступеня диференціювання або важка дисплазія.

Виключається лікування наступних форм онкологічних захворювань:

- будь-які пухлини при наявності Синдрому набутого імунodefіциту (СНІД);
- будь-який не пов'язаний з меланомою рак шкіри, який гістологічно класифікується як такий, що не проник за межі епідермісу (зовнішнього шару шкіри).
- будь-яке лікування, яке передбачає застосування Технології CAR (Химерний антигенний рецептор).

Наступні медичні процедури передбачені умовами Договору, якщо основне Захворювання, що є предметом процедури, не пов'язане з лікуванням онкологічного захворювання:

Модуль Покриття II. Серцево-судинна хірургія.

11.5. Операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда) - хірургічне втручання, рекомендоване лікарем-кардіологом для корекції звуження або закупорки однієї або більше коронарних артерій шляхом установки обхідних трансплантатів.

11.5.1. При цьому виключаються такі процедури: лікування захворювань коронарних артерій методами, відмінними від шунтування коронарних артерій, такими як будь-які види ангіопластики і стентування.

11.6. Заміна або відновлення клапана серця. Заміна або відновлення одного або декількох клапанів серця за рекомендацією лікаря-кардіолога, незалежно від того, чи виконується це з використанням відкритої операції на грудній клітці, малоінвазивним способом або за допомогою серцевого катетера.

Модуль Покриття III. Нейрохірургія.

11.7. Внутрішньочерепна і спінальна хірургія.

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

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

Модуль Покриття IV. Трансплантація.

11.8. Пересадка органу від прижиттєвого донора - хірургічна трансплантація, при якій Застрахованій особі пересаджують нирку, сегмент печінки, частину легені, частина підшлункової залози від живого сумісного донора. Виключаються у зв'язку з будь-якою трансплантацією наступні процедури:

- коли потреба в трансплантації печінки;
- всі аутологічні трансплантації;
- коли Застрахована особа є донором стосовно до третьої особи (не передбачено умовами Договору);
- трансплантація органів або тканин від мертвого донора;
- трансплантація органів, що передбачає лікування стовбуровими клітинами;
- трансплантація, організована шляхом придбання донорських органів.

11.9. Пересадка кісткового мозку – трансплантація кісткового мозку або трансплантація стовбурових клітин периферичної крові клітин кісткового мозку Застрахованій особі від:

11.9.1. самої Застрахованої особи (аутологічна трансплантація кісткового мозку);

11.9.2. від живого сумісного донора (алогенна трансплантація кісткового мозку).

Виключається трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин з використанням пуповинної крові.

11.10. 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 для Застрахованої особи на новий період страхування.

ПОКРИТТЯ / ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	11.10.1. ОНКОЛОГІЯ	11.10.2. РОЗШИРЕНА
Модуль Покриття I. Онкологічні захворювання.	Так	Так
Модуль Покриття II. Серцево-судинна хірургія.	Ні	Так
Модуль Покриття III. Нейрохірургія.	Ні	Так
Модуль Покриття IV. Трансплантація.	Ні	Так
Страхова сума на один річний період дії Договору згідно з п. 12.3.	500 000 євро	1 000 000 євро
Загальний пожиттєвий ліміт згідно з п. 12.5.	1 000 000 євро	2 000 000 євро
Щоденна виплата за кожен день госпіталізації (максимум за 60 днів) згідно з п. 15.4.1.	X	100 євро/доба
Витрати на транспортування Застрахованої особи та однієї супроводжуючої особи за кордон, а також прижиттєвого донора в разі трансплантації згідно п. 15.3.1	3 поїздки в обидва кінці в межах одного страхового випадку, 10 000 євро	3 поїздки в обидва кінці в межах одного страхового випадку, без ліміту
Витрати на проживання Застрахованої особи та однієї супроводжуючої особи за кордон, а також прижиттєвого донора в разі трансплантації згідно з п. 15.3.2	3 поїздки в обидва кінці в межах одного страхового випадку, 10 000 євро	3 поїздки в обидва кінці в межах одного страхового випадку, без ліміту
Період дії страхового покриття згідно п. 17.5.	36 місяців від дати першої поїздки	36 місяців від дати першої поїздки
Контролю стану здоров'я в Україні згідно з п. 15.5.2.	без ліміту	без ліміту
Витрати на ліки після повернення з лікування за кордону п. 15.5.1.	50 00 євро	50 000 євро
Країни, в які можуть направити застраховану особу на лікування	Іспанія / Ізраїль / Південна Корея	Іспанія / Ізраїль / Південна Корея

12. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

12.1. Розмір страхової суми, лімітів, страхового платежу, порядок його сплати та страховий тариф вказані в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком #1 до цього Договору (у разі його наявності згідно п. 9.1.2.) або у Сертифікаті про страхування кожної Застрахованої особи.

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

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

12.4. Ліміт відповідальності для застрахованої особи щодо якої обрано програму страхування 11.10.2. "РОЗШИРЕНА" на лікарські препарати в Україні становить 50 000 (п'ятдесят тисяч) євро. Цей ліміт є агрегатним та завжди зменшується на суму вже здійснених

виплат за лікарські препарати в Україні по конкретній Застрахованій особі.

12.5. Загальний пожиттєвий ліміт по Застрахованій особі встановлюється відповідно до обраної Програми страхування. Цей ліміт є агрегатним та завжди зменшується на суму страхових виплат, здійснених по страховим випадкам по Застрахованій особі. У випадку якщо його буде використано повністю, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором страхування припиняється.

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

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

Договором страхування. Пільговий період також застосовується для пролонгації Договору страхування

13. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Договір укладається на один рік.

13.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дня, який вказаний як дата початку дії Договору страхування за умови сплати страхової премії на розрахунковий рахунок Страховика згідно з даним Договором та випущених до нього Сертифікатів, та діє до 24-00 години дня, зазначеного, як дата закінчення його дії.

13.3. Договір страхування може бути укладений на наступний рік (12 календарних місяців) за згодою Страхувальника та Страховика на умовах, що діють на той момент. При цьому строк дії нового Договору продовжується на наступні 12 (дванадцять) календарних місяців з 00-00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії цього Договору. З цією метою не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору Страховик надсилає Страхувальнику реквізити для сплати страхового платежу за наступний рік (12 календарних місяців) дії нового Договору. Факт укладання такого договору страхування може посвідчуватися сертифікатом, що є формою договору страхування.

13.4. Договір страхування не може бути продовжений, з року наступного за датою досягнення Застрахованою особою віку 84 повних років.

14. МІСЦЕ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ

14.1. Надання медичної допомоги здійснюється за межами України, а саме в таких країнах: Іспанія, Ізраїль, Південна Корея, окрім покриття лікарського забезпечення в Україні та Контролю стану здоров'я (пункти 15.5.1 та 15.5.2) відповідно до Програми страхування.

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

Відповідно до умов Програми страхування передбачено вичерпне покриття послуг, витрат, а також грошові виплати (в межах страхових сум, зазначених в Договорі, що виникають у зв'язку зі встановленими страховими випадками, перерахованими в програмі страхування в п. 11.10. Послуги повинні бути організовані, і витрати повинні бути понесені протягом відповідного Періоду дії страхового покриття. Послуги, витрати, грошові виплати, що можуть входити в покриття в залежності від обраної програми страхування:

15.1. ПОСЛУГИ до отримання лікування за кордоном.

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

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

15.2. ПОСЛУГИ під час лікування за кордоном.

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

15.2.1. При стаціонарному лікуванні:

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

15.2.2. **Послуги денного стаціонару** або окремого оздоровчого центру, за умови, що лікування, хірургічне втручання або рецептурні

лікарські засоби входять в покриття за Договором при їх наданні в стаціонарі.

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

15.2.4. Відвідування лікарів під час госпіталізації.

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

- анестезія або застосування анестетиків за умови, що дані дії здійснюються кваліфікованим анестезіологом;
- лабораторні аналізи і патологічні дослідження, рентген-діагностика з метою підготовки лікування, радіотерапія, радіоізотопна діагностика, хіміотерапія, електрокардіограма, ехокардіографія, мієлограма, електроенцефалограма, ангіограма, комп'ютерна томографія та інші схожі дослідження і способи лікування, необхідні для діагностики та лікування захворювань, або проведення медичних процедур, які входять в покриття за програмою за умови їх проведення лікарем або під медичним контролем;
- переливання крові, введення плазми і сироватки;
- витрати, які відносяться до використання кисню, застосування внутрішньовенних розчинів і ін'єкцій;
- променева терапія: високоенергетичне випромінювання для скорочення пухлин і знищення ракових клітин рентгеновськими променями, гамма-променями і зарядженими частинками - це типи випромінювання, що використовуються для знищення злоякісних клітин або за допомогою пристрою поза тілом (променева терапія зовнішнім променем), або за допомогою радіоактивного матеріалу, поміщеного в тканину пухлини (внутрішня променева терапія, брахітерапія);
- реконструктивна хірургія для відновлення або реконструкції структури, пошкодженої або видаленої медичними процедурами, організованими і оплаченими відповідно до умов Договору;
- лікування ускладнень або побічних ефектів, безпосередньо пов'язаних з медичними процедурами, організованими і оплаченими відповідно до умов які:
 - вимагають негайної медичної допомоги в стаціонарі або поліклініці;
 - вимагають лікування, перш ніж Застрахована особа буде визнана готовою до повернення в Україну після завершення етапу лікування за кордоном.

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

15.2.7. **Наземне і повітряне екстрене медичне транспортування**, якщо таке запропоноване лікарем і попередньо узгоджено з FURTHER.

15.2.8. На послуги, надані живому донору в ході вилучення тканини, що підлягає трансплантації Застрахованій особі, а саме:

- вартість аналізів і тестів, проведених для виявлення відповідного донора в сім'ї Застрахованої особи;
- на послуги стаціонару, надані донору, в т.ч. проживання в палаті, відділенні або секції стаціонару, харчування, послуги загального догляду, інші медичні послуги, що надаються персоналом стаціонару, лабораторні дослідження і використання обладнання та іншого оснащення стаціонару (крім предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі вилучення тканини для трансплантації);
- на хірургічне втручання і медичні послуги з вилучення тканини донора для трансплантації Застрахованій особі.

15.2.9. **На послуги та матеріали з метою посіву кісткового мозку** в зв'язку з майбутньою трансплантацією тканини Застрахованій особі. Оплачуються тільки витрати, які понесені з дати випуску Попереднього медичного сертифіката.

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

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

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

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

Терміни і тривалість поїздок будуть встановлюватися додатково на підставі плану-графіка лікування, зазначеного лікуючим закордонним Лікарем (лікарями).

Організація поїздок і проживання для кожної поїздки оплачується відповідно до умов, викладених нижче:

15.3.1. **ВИТРАТИ НА ПРОЇЗД** з метою лікування за кордоном.

Транспортні витрати на поїздку з України в Іспанію / Ізраїль / Південну Корею Застрахованої особи і одного супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня, а також при необхідності, живого донора в разі трансплантації) з єдиною метою отримання лікування за погодженням з FURTHER/Страховою компанією у попередньому медичному посвідченні. Організація транспортування повинна здійснюватися FURTHER. Страховою компанією не відшкодовуються будь-які транспортні витрати, понесені Застрахованою особою або третьою особою від імені Застрахованої особи при самостійній організації ними поїздки.

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

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

У програму входять наступні транспортні послуги:

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

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

Проживання в Іспанії /Ізраїлі /Південній Кореї Застрахованої особи і одного супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня), а також при необхідності, живого донора в разі трансплантації) з єдиною метою отримання лікування за погодженням з FURTHER/Страховиком. Проживання повинно бути

організовано FURTHER. Страховик / FURTHER не відшкодовує витрати за проживання, організоване Застрахованою особою або третьою особою від імені Застрахованої особи.

FURTHER несе відповідальність за організацію проживання в дати відповідно до погодженого графіка лікування. Дати повідомляються Застрахованій особі в терміни, що дозволяють Застрахованій особі зробити всі необхідні приготування.

FURTHER встановлює дату повернення відповідно до терміну завершення лікування і за погодженням з лікуючим лікарем тоді, коли Застрахований буде в змозі подорожувати.

У випадку, якщо Застрахована особа змінить дату поїздки, раніше узгоджену з FURTHER, Застрахована особа повинна буде компенсувати Страховій компанії/FURTHER всі витрати, пов'язані з новою організацією проживання, якщо тільки ця зміна не була погоджена з FURTHER як необхідна з медичної точки зору.

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

15.3.3. **ВИТРАТИ НА РЕПАТРІАЦІЮ.**

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

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

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

15.4. **ГРОШОВІ ВИПЛАТИ** в зв'язку з лікуванням за кордоном.

15.4.1. **ВИПЛАТА ЗА ПЕРЕБУВАННЯ** на стаціонарному лікуванні.

Під час лікування за кордоном передбаченого умовами захворювання або проведення медичної процедури, Застрахованій особі виплачується відшкодування за кожну добу перебування в стаціонарі в розмірі 100 євро. Стаціонарне лікування повинно бути схвалено FURTHER/ Страховою компанією і зазначено в Попередньому медичному сертифікаті.

15.5. **МЕДИЧНІ ВИТРАТИ**, що покриваються після повернення з лікування за кордоном

15.5.1. **ВИТРАТИ НА ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ В УКРАЇНІ**, які покриваються після повернення з лікування за кордоном:

Витрати на медикаменти після повернення в Україну, придбані на території України, рекомендовані до застосування лікарем при виконанні наступних умов:

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

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

15.5.1.3. рецепти на медикаменти виписані українським лікарем, і

15.5.1.4. медикаменти рекомендовані закордонним лікарем (лікарями) з метою продовження узгодженого обсягу лікування і погоджено з FURTHER, і

15.5.1.5. медикаменти призначаються після госпіталізації за межами України строком не менше трьох послідовних діб, та схвалені FURTHER / Страховою компанією в Попередньому медичному Сертифікаті, і

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

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

Купівля медикаментів на території України, відповідно до пункту 15.5.1 Договору, повинна бути організована і оплачена самою Застрахованою особою. Страховик відшкодовує Застрахованій особі витрати на придбані медикаменти після отримання відповідного рецепту, товарного чека і документу, що підтверджує оплату. Застрахована особа надає перелічені вище документи не пізніше, ніж через 180 календарних днів з моменту оплати медикаменту.

У випадках, коли вартість медикаментів була частково компенсована державною системою охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом, Страховик відшкодує тільки ті витрати, які не фінансуються з інших джерел, і, отже, повинні бути оплачені безпосередньо Застрахованою особою. У заяві на відшкодування витрати необхідно розділити на витрати, оплачені безпосередньо Застрахованою особою, і витрати, що покриваються із зазначених вище джерел.

У разі, якщо рекомендовані медикаменти (або альтернативний еквівалентний лікарський засіб з аналогічною ефективністю), що підтверджує FURTHER:

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

але

- дотримані всі інші перераховані вище умови пунктів 15.5.1.4 - 15.5.1.7
- умови Договору передбачають оплату витрат на медикаменти, придбані за межами України.

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

15.5.2. **КОНТРОЛЬ СТАНУ ЗДОРОВ'Я (FOLLOW UP CARE)** після повернення з лікування за кордоном.

Після повернення в Україну після закінчення етапу лікування за кордоном, умовами програми передбачається оплата витрат, пов'язаних з Контролем стану здоров'я (**FOLLOW UP CARE**) Застрахованої особи на території України, при дотриманні наступних умов та обмежень:

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

15.5.2.2. контроль стану здоров'я здійснюється в Україні в терміни і в порядку, необхідному для проведення поточного спостереження, і

15.5.2.3. контроль стану здоров'я здійснюється відповідно до рекомендацій зарубіжного лікаря (лікарів), в міру необхідності спостереження і оцінки стану здоров'я, і

15.5.2.4. рахунки за послуги, пов'язані з Контролем стану здоров'я, виставлені до закінчення відповідного періоду дії страхового покриття.

Послуги, пов'язані з Контролем стану здоров'я, відповідно до пункту 15.5.2. при здійсненні в Україні, повинні бути організовані і оплачені безпосередньо Застрахованою особою в Україні. Страховик відшкодує Застрахованій особі витрати після отримання оригіналу рахунку і підтвердження оплати, за умови, що рахунки будуть представлені в Страхову компанію не пізніше ніж через 180 днів після дати виникнення витрат.

У разі, якщо лікарі, відповідальні за здійснення Контролю стану здоров'я в Україні, вказують, що в зв'язку зі зміною стану здоров'я Застрахованої особи, необхідно змінити запропоновані методи Контролю стану здоров'я, що були спочатку встановлені зарубіжним лікуючим лікарем, нові методи контролю необхідно довести до відома зарубіжного лікаря для затвердження і схвалення, якщо таке буде, і відшкодування витрат буде проводитися відповідно до нових схвалених методів.

У випадках, коли вартість Контролю стану здоров'я була частково

компенсована в рамках державної системи охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом, Страховик відшкодує тільки ті витрати, які не фінансуються з інших джерел, і, отже, повинні бути оплачені безпосередньо Застрахованою особою. У заяві на відшкодування витрати необхідно розділити на витрати, оплачені безпосередньо Застрахованою особою і на витрати, що покриваються із зазначених вище джерел.

Контроль стану здоров'я може бути організований FURTHER за запитом Застрахованої особи за межами України, при виконанні умов, перерахованих в пунктах 15.5.2.3 і 15.5.2.4 цього Договору.

В цьому випадку:

- Контроль стану здоров'я буде здійснюватися закордонним лікарем (лікарями) та їх співробітниками, у якого (яких) здійснювалося лікування Застрахованої особи.
- Страховик безпосередньо оплатить медичні витрати, пов'язані з проведенням консультацій і обстежень.
- FURTHER організовує транспортування і розміщення на умовах, описаних в пп. 15.3.1 та 15.3.2 для Застрахованої особи та супроводжуючого, з урахуванням загального обмеження числа поїздок до 3 (трьох).

16. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

16.1. **Загальні виключення.**

16.1.1. Витрати, викликані будь-якими захворюваннями і медичними процедурами, не передбаченими в програмі страхування в п.11.

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

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

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

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

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

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

16.2. **Медичні виключення.**

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

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

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

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

16.2.5. Медичні процедури, необхідність яких викликана захворюванням СНІД (синдром набутого імунodefіциту), ВІЛ (вірусом імунodefіциту людини) або будь-яким захворюванням,

ними викликаним (в т.ч. саркома Капоші), або будь-яким лікуванням СНІД або ВІЛ.

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

16.2.7. Витрати на альтернативні методи лікування, обслуговування, виробу медичного призначення або рецептурні лікарські препарати по захворюванню, кращим лікуванням для яких є трансплантація, що покривається Договором страхування (пункти 11.8 та 11.9).

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

16.2.9. Лікування довгострокових побічних ефектів, полегшення хронічних симптомів, або реабілітація (включаючи, але не обмежуючись: фізіотерапія, відновлення рухливості, мовна та логопедична терапія).

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

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

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

- витрати були компенсовані державною системою охорони здоров'я України або будь-яким іншим страховим полісом;
- витрати відносяться до медичних послуг, не передбачених планом лікування, затвердженим FURTHER.
- витрати понесені в медичній установі, що не затверджена FURTHER;
- при наданні Страховику документів на відшкодування більш ніж через 180 календарних днів з моменту виникнення витрат.

16.3. Витрати, що не покриваються.

16.3.1. Будь-які витрати, викликані або пов'язані з діагнозом, лікуванням, обслуговуванням, наданням виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів будь-якого роду в Україні, крім:

- витрат на лікарські препарати, придбані в Україні (пункт 15.5.1)
- витрат, пов'язаних з Контролем стану здоров'я, понесені в Україні (пункт 15.5.2).

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

16.3.3. Будь-які витрати, понесені після закінчення Періоду страхового покриття, якщо інше не встановлено в п. 17.6

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

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

16.3.6. Будь-які витрати, що не відповідають умовам, викладеним у розділі 17 «Процедура врегулювання страхових випадків».

16.3.7. Будь-які витрати, понесені за послуги з цілодобового перебування (госпіталізації) в спеціалізованих установах, перебування на курорті, в клініці природної медицини, на дому, послуг в оздоровчому центрі, хоспісі або будинку для літніх людей,

навіть якщо такі послуги потрібні або необхідні внаслідок захворювання або медичної процедури, що входять в покриття.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.1. Повідомлення про страховий випадок.

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

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

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

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

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

17.1.5. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування, Страховик/представник Страховика може

вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи/ Вигодонабувача) надати Страховику наступні документи:

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

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

17.1.5.3. копію ідентифікаційного номера Вигодонабувача та Застрахованої особи;

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

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

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

17.2. Зобов'язання Застрахованої особи.

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

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

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

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

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

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

17.3.4. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 17.3.2 даного Договору, прийняв рішення про здійснення страхової виплати та якщо Застрахована особа заявляє про бажання лікуватися за кордоном, в термін не більше 14 (чотирнадцяти)

робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика - компанія FURTHER надасть Застрахованій особі список рекомендованих медичних установ для лікування.

17.3.5. Якщо Застрахована особа заявляє про бажання лікуватися за кордоном, FURTHER перевіряє, чи не закінчився Період дії страхового покриття, в результаті чого можливі такі сценарії:

Сценарій 1: Повний термін лікування.

Якщо відповідно до модуля страхового покриття (розділ 11) не висувалося жодних претензій (не були зафіксовані страхові випадки), внаслідок яких лікування могло б бути організовано і сплачено, то FURTHER підтверджує тривалість періоду дії страхового покриття 36 місяців.

Сценарій 2: Скорочений термін лікування.

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

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

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

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

17.4. Лікування за кордоном: Попередній медичний сертифікат

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

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

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

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

17.5. Період дії страхового покриття, що застосовується.

17.5.1. Період дії страхового покриття починається з дати першої поїздки за кордон з метою лікування.

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

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

17.6. Повернення після лікування за кордоном.

17.6.1. Якщо повернення в Україну відбувається до закінчення Періоду дії страхового покриття, FURTHER надасть Застрахованій особі інструкцію з користування медичними послугами після повернення з-за кордону. Ці інструкції будуть засновані на рекомендаціях зарубіжного лікаря (ів).

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

17.7. Експертиза страхового випадку після повернення Застрахованої особи з-за кордону.

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

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

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

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

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

17.8. Співробітництво.

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

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

18. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

18.1. Підстава для відмови Страховика у страховій виплаті є:

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

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

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

18.1.4. Застрахованій особі на дату укладення Договору страхування (дату видачі Сертифікату, що зазначено в Сертифікаті) виповнилось 65 (шістдесят п'ять) років;

18.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення

Страховикові перешкод у визначенні обставин страхового випадку і розміру страхової виплати.

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

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

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

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

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

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

19.1. Страховик має право:

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

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

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

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

19.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

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

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

19.2. Страховик зобов'язаний:

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

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

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

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

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

відмови.

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

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

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

19.3.3. Одержати дублікат Договору у випадку його втрати;

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

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

19.4. **Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:**

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

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

19.4.3. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20.3.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

20.3.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

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

20.5.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням

Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

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

20.6.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;

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

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

21. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ

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

Лікар – фахівець, який має офіційний дозвіл на здійснення медичної діяльності.

Лікарня – це лікувальний заклад або клініка, на законних підставах уповноважена на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащена медичним обладнанням, необхідним для діагностики та оперативних втручань та укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

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

Період очікування – кількість днів визначена Договором, що відліковується з дати початку дії Договору страхування, стандартно 180 днів або 90 днів (визначається в Договорі та сертифікаті). Протягом періоду виключення будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми / свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах, не можуть бути підставою для отримання страхового відшкодування протягом усього терміну дії страхового покриття.

Сплачена/ не сплачена (заявлена) страхова виплата – вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені або ще не сплачені Страховиком/представником Страховика згідно умов договору страхування. страхова виплата здійснюється у рамках страхової суми та лімітів, шляхом оплати вартості медичних та інших послуг, передбачених умовами даного Договору.

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

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

Медична декларація – заява-опитувальник, який Застрахована особа або Страхувальник повинні заповнити при подачі заяви на страхування (Додаток №1). Декларація містить медичну анкету, що заповнена і підписана Застрахованою особою до оформлення цього Договору страхування та є підставою для аналізу ризиків, що проводить Страховик. У разі прийняття на страхування неповнолітніх дітей ця форма може бути заповнена і підписана Страхувальником

або законним опікуном Застрахованої особи.

Період дії страхового покриття: період, 36 (тривалістю тридцять шість) місяців, який починається з дати першої поїздки за кордон, яка організована і оплачена відповідно до умов цього Договору у зв'язку з подією, яка визнана страховим випадком.

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

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

Пролонгація Договору страхування – укладання Договору страхування на новий період в тому числі на нових умовах якщо між датою закінчення дії попереднього договору та датою початку дії нового Договору не було перерви. При безперервній пролонгації Договору страхування на другий та наступні страхові роки «Період очікування» не застосовується.

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

Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту – це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

Консультант-кардіолог: лікар-фахівець в області діагностики і лікування захворювань /станів серця і кровоносних судин, що здійснює свою діяльність відповідно до вимог національної системи охорони здоров'я.

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

FURTHER: FURTHER Underwriting International, S.L.U. (надалі FURTHER) компанія, яка організовує такі медичні послуги по Договору страхування: «Друга медична думка» і «Медичний консьерж-сервіс».

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

Послуга «Медичний консьерж-сервіс» - послуга FURTHER, що включає всі заходи з організації лікування Застрахованої особи в

зв'язку з підтвердженим страховим випадком. Послуга передбачає загальний контроль за ходом лікування, а також допомогу в організації проїзду і проживання для Застрахованої особи і особи, що її супроводжує.

Медичні визначення:

Методи лікування з використанням генної та клітинної інженерії:

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

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

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

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

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

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

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

План Контролю стану здоров'я повинен бути розроблений лікуючим лікарем за кордоном із зазначенням часових інтервалів і виду діагностичних процедур.

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

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

Травма - пошкодження, завдане організму Застрахованої особи.

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

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

Необхідними з медичної точки зору є медичні послуги та виробни, які:

- запропоновані Застрахованій особі для лікування передбаченого програмою захворювання або медичні процедури, що виконуються з метою поліпшення медичного стану і;

- визнані ефективними для поліпшення стану на підставі планових методів лікування, які за типом, частотою і тривалістю відповідають діагнозу, що підтверджено даними, опублікованими в наукових медичних джерелах (наприклад PubMed) або в науково обґрунтованих американських, британських, європейських стандартів (зокрема, для лікування онкологічних захворювань будуть застосовуватися клінічні практичні рекомендації NCCN (Національна онкологічна мережа), згідно пункту 11.4) і;

- економічно ефективні в порівнянні з альтернативним методами, які призводять до аналогічного результату, включаючи відсутність лікування та

- потрібні з причин, не пов'язаних з вигодою Застрахованої особи або її лікаря.

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

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

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

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

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

Попередній медичний сертифікат: письмове погодження з боку Страховика або FURTHER, що включає підтвердження покриття за договором страхування до надання послуг в зазначеному стаціонарі за межами країни проживання Застрахованої особи, будь-якого лікування, послуг, виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів, що відносяться до страхового випадку.

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

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

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

Лікування за кордоном: необхідне з медичної точки зору лікування, організоване FURTHER протягом Періоду дії страхового покриття на території Іспанії / Ізраїлю / Південної Кореї і оплачене згідно з

Договором.

Сертифікат про страхування (Сертифікат) – невід'ємна частина Договору, що видається при укладенні Договору та перевидається у випадках пролонгації Договору. Сертифікат містить дані про Застраховану особу, Страхувальника, страхову суму, страхову премію, тариф, строк дії, порядок оплати страхового платежу, обрану Страхувальником для Застрахованих осіб Програму страхування та інші умови страхування. Сертифікат може видаватися Страховиком в електронному вигляді із застосуванням факсимільного підпису і печатки Страховика.

22. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

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

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

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

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

23. ІНШІ УМОВИ

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

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

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

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

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

не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

23.4. Шляхом укладення даного Договору страхування, Страхувальник/Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) погоджуються з умовами, викладеними в даному Договорі страхування та надають згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних (далі - ПД), в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надають свою згоду на передачу таких персональних даних іноземним суб'єктам відносин, в тому числі, але не виключно компанії FURTHER, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається), інших договорів, а саме договору про надання послуг з організації та координації надання послуг Застрахованим особам, Договору Перестраховування та інших, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору. Страхувальник та Застрахована особа

(батьки Застрахованої дитини) посвідчують, що отримали повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних та неповнолітньої дитини до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені.

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

23.6. Договір укладено українською мовою в 2-х (двох) оригінальних примірниках, один з яких зберігається у Страховика, а інший надається Страхувальнику та мають однакову юридичну силу з оригіналом.

24. ПІДПИСИ СТОРІН, РЕКВІЗИТИ І КОНТАКТИ.

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК
<p>ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ”</p> <p>Веб-сайт: www.oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com. Тел.: 0442214421, 0800218201. Код ЄДРПОУ 39433769. Рахунок #UA19 380775 00000 26506056100383 у ПАТ “КБ “ПриватБанк”, МФО: 380775 м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040</p>	<p>Адреса:</p> <p>Дата народження (для фізичних осіб):</p> <p>Телефони:</p> <p>ІНПП (для фізичних осіб), ЄДРПОУГФ (для юридичних осіб)-</p>
<p>_____ / _____</p>	<p>_____ / _____</p>