

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДОГОВІР ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS" № 25 - 000XXX

м. Київ

"04" травня 2018 р.

Цей Генеральний Договір добровільного медичного страхування «BestDoctors» (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 .

1. СТРАХОВИК.

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СТРАХОВА ГРУПА "ОБЕРІГ", в особі генерального директора Крендельова Івана Федоровича, що діє на підставі Статуту.

Головні партнери страховика:

BDUI Underwriting International SLU («BDUI») - компанія є головним партнером ТДВ «СГ "ОБЕРІГ" 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».

2. СТРАХУВАЛЬНИК.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

(далі – Страхувальник)

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА.

Фізична особа, зазначена в Сертифікаті, про страхування якої Страхувальник уклав цей Договір, та яка має права, представлені цим Договором. Застрахованою особою може бути Страхувальник у разі укладання Договору на свою користь або інша фізична особа за призначенням Страхувальника. Застрахованою особою може бути особа, якій на момент укладення договору (включення в нього) не виповнилось 65 (шістдесят п'ять) років. За цим Договором може бути застраховано декілька застрахованих осіб, за умови, що інформація про них внесена до Сертифікату, а також за них сплачені відповідні страхові платежі згідно з Договором та Сертифікатом. Обрану Програму страхування, строки дії, страховий платіж, страхову суму та страховий тариф зазначені в окремому Сертифікаті для кожної Застрахованої особи. Страхувальник підтверджує, що Застрахована особа (особи) на момент укладення Договору (включення в нього) не є ВІЛ-інфікованими або хворими на СНІД, не вживають наркотичних речовин як з метою лікування, так і з будь-якої іншої причини, не страждають на епілепсію, недоумство, не перебувають на диспансерному обліку в одному з диспансерів - психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному або в центрі боротьби зі СНІДом.

3.1. Застрахованою особою є (обрано позначено ТАК, інше НІ):

ТАК	3.1.1. 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.
НІ	3.1.2. Застрахованою особою (особами) є Фізична особа (особи), зазначена (і) в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору.

3.2. Заява на страхування (медична декларації застрахованої особи):

ТАК	3.2.1. Щодо кожної застрахованої особи складено (заповнено) Заява на страхування (медична декларації застрахованої особи), що є невід'ємною складовою цього Договору та є його Додатком №2.
НІ	3.2.2. Щодо кожної застрахованої особи складено (заповнено) Заява на страхування (медична декларації застрахованої особи), що є невід'ємною складовою цього Договору.

4. ВИГОДОНАБУВАЧ.

Вигодонабувачем за цим Договором є Страхувальник.

5. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ.

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.

ПОКРИТТЯ / ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	5.1. ОНКОЛОГІЯ	5.2. РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ	5.3. БАЗОВА	5.4. РОЗШИРЕНА - без кардіо	5.5. РОЗШИРЕНА
--	---------------------------	---	------------------------	--	---------------------------

Лікування раку згідно з п. 7.3.1.	Так окрім п. 7.3.1.2. та 7.3.1.3.	Так	Так	Так	Так
Операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда) згідно з п. 7.3.2.	Ні	Ні	Так	НІ	Так
Заміна чи відновлення клапана серця згідно з п. 7.3.3.	Ні	Ні	Так	НІ	Так
Нейрохірургічна операція згідно з п. 7.3.4.	Ні	Ні	Ні	Так	Так
Пересадка органів від прижиттєвого донора згідно з п. 7.3.5. та 7.3.6.	Ні	Ні	Ні	Так	Так
Страхова сума на один річний період дії Договору	500 000 євро	500 000 євро	500 000 євро	1 000 000 євро	1 000 000 євро
Страхова сума за весь строк дії Договору за умови його пролонгації	1 000 000 євро	1 000 000 євро	1 000 000 євро	2 000 000 євро	2 000 000 євро
Щоденна виплата за кожен день госпіталізації	Ні	Ні	Ні	100 євро	100 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	10 000 євро	10 000 євро	в межах страхової суми	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	10 000 євро	12 000 євро	в межах страхової суми	в межах страхової суми
Витрати на лікарські препарати, придбані в Україні	Ні	Ні	Ні	50 000 євро	50 000 євро
Країни, в які можуть направити застраховану особу на лікування	Весь світ, окрім США та України	Весь світ, окрім США та України	Весь світ, окрім України	Весь світ, окрім України	Весь світ, окрім України

6. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ.

Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), які 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:

- 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. 14.5.);
- витрати на медичну діагностичні процедури, лікування, обслуговування, виробу медичного призначення та рецептурні лікарські препарати покриті Договором згідно з Сертифікатом.

7. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

7.1. 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. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини, класифікуються до одного страхового випадку.

7.2. 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 на відповідний період дії Договору.

7.3. Договір може передбачати лікування щодо наступних станів і медичних процедур в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування, яку зазначено в Сертифікаті:

7.3.1. Лікування раку, діє при обранні Програм страхування - "ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ", "БАЗОВА", "РОЗШИРЕНА - без кардіо", "РОЗШИРЕНА":

7.3.1.1. будь-яких злоякісних пухлин, включаючи лейкемію, саркому і лімфому, що характеризуються неконтрольованим ростом, розповсюдженням клітин і інвазією тканин;

7.3.1.2. 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").

7.3.1.3. 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").

7.3.2. Операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда), діє при обранні Програм страхування - "БАЗОВА", "РОЗШИРЕНА" (не включено в Програми страхування "ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА - без кардіо"):

7.3.2.1. проведення хірургічної операції за рекомендацією консультанта-кардіолога для корекції звуження або блокування однієї або більше коронарних артерій шляхом установки необхідних трансплантатів.

7.3.3. Заміна чи відновлення клапана серця, діє при обранні Програм страхування "БАЗОВА", "РОЗШИРЕНА" (не включено в Програми страхування "ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА - без кардіо"):

7.3.3.1. хірургічна операція за рекомендацією консультанта-кардіолога для заміни або відновлення одного або більше

серцевих клапанів.

7.3.4. Нейрохірургічна операція, діє при обранні Програми страхування - "РОЗШИРЕНА - без кардіо", "РОЗШИРЕНА" (не включено в Програму страхування "ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ", "БАЗОВА"):

7.3.4.1. Будь-яке хірургічне втручання в головний мозок, будь-які інші внутрішньочерепні структури в зв'язку із захворюваннями;

7.3.4.2. Лікування доброякісних пухлин, розташованих в спинному мозку.

7.3.5. Пересадка органів від прижиттєвого донора, діє при обранні Програми страхування - "РОЗШИРЕНА - без кардіо", "РОЗШИРЕНА" (не включено в Програми страхування "ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ", "БАЗОВА"):

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

7.3.6. Пересадка кісткового мозку, діє при обранні Програми страхування - "РОЗШИРЕНА - без кардіо", "РОЗШИРЕНА" (не включено в Програми страхування "ОНКОЛОГІЯ", "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ", "БАЗОВА"):

7.3.6.1. 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).

8. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

8.1. Страхова сума – це сума, в межах якої Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату за Договором.

8.2. Страхові суми, вказані в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору (у разі його наявності згідно п. 3.1.2.) та Сертифікаті, агрегатні, тобто, сума, в межах якої Страховик зобов'язується виплатити страхове відшкодування витрат згідно Програми страхування зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

8.3. Страхова сума на перший річний період дії Договору зазначається в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору (у разі його наявності згідно п. 3.1.2.) та Сертифікаті. Страхові суми для наступних щорічних термінів при пролонгації Договору встановлюються у відповідних Сертифікатах на нові періоди.

8.4. Ліміт відповідальності на весь час дії Договору на Лікарські препарати зазначається в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору (у разі його наявності згідно п. 3.1.2.) та Сертифікаті.

8.5. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику, зазначається в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору (у разі його наявності згідно п. 3.1.2.) та Сертифікаті.

8.6. Страховий тариф вказується в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору (у разі наявності згідно п. 3.1.2.) та Сертифікаті.

9. СТРАХОВА ВИПЛАТА.

9.1. 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 для кожної Застрахованої особи. Страхова виплата за послуги організовані компанією «BDU» здійснюється безготівково шляхом перерахування коштів їх цільовим отримувачам (в т.ч. «BDU»), крім Застрахованої особи. Щоденна виплата за кожен день Госпіталізації, що передбачена в Програмах страхування "РОЗШИРЕНА" / "РОЗШИРЕНА - без кардіо" згідно з п. 16.5.3., та компенсація понесених Застрахованою особою Витрат на лікарські препарати, придбані в Україні згідно з п. 14.5., що передбачена в Програмах страхування "РОЗШИРЕНА" / "РОЗШИРЕНА - без кардіо", - здійснюються безпосередньо Застрахованій особі.

10. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ.

10.1. Страхові платежі сплачуються у грошовій одиниці України за курсом НБУ на дату укладання Договору по відношенню до кожної Застрахованої особи. Порядок сплати страхового платежу вказується в Переліку застрахованих осіб, що є Додатком №1 до цього Договору (у разі його наявності згідно п. 3.1.2.) та у Сертифікаті.

10.2. При Порядку сплати страхового платежу за цим Договором не одноразово, а частинами (щомісячно, щоквартально, двома чи трьома частинами), у випадку збільшення вартості (курсу) євро до української гривні згідно курсу Національного банку України більше ніж на 20,00% (двадцять відсотків) від курсу євро до української гривні згідно курсу Національного банку України, Страховик має право в односторонньому порядку збільшити розмір чергових частин страхових платежів, які ще не були сплачені Страхувальником пропорційно до збільшення курсу євро до української гривні.

11. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ.

11.1. Договір укладається строком на один рік.

11.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дня, який вказаний в Сертифікаті як дата початку дії Договору, наступного за днем сплати страхового платежу в повному обсязі з урахуванням порядку сплати страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика, в сумі, відповідно до вказаної в Сертифікаті як "Страховий платіж", та діє до 24-00 години дня, вказаного в Сертифікаті як дата закінчення дії Договору.

11.3. Договір може бути пролонгований (продовжений) на кожний наступний рік (дванадцять календарних місяців) за згодою Страховика та Страхувальника на умовах, що діють на момент укладення первинного договору або на нових умовах, що погоджені сторонами у визначений Договором спосіб. Строк дії Договору продовжується на кожні наступні 12 (дванадцять) календарних місяців з 00-00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії Договору. З цією метою, не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору, Страховик надсилає Страхувальнику Сертифікат на наступний рік страхування та рахунок-фактуру з реквізитами для сплати страхового платежу за наступний рік (12 календарних місяців) дії Договору. У разі якщо при пролонгації умови цього Договору були змінені - Страховик надсилає Страхувальнику одночасно із Сертифікатом додаткову угоду до цього Договору, в якій будуть зазначені відповідні зміни, що внесені Страховиком до обраної Страхувальником Програми страхування на новий період страхування, при цьому продовження цього Договору (продлонгація) можлива лише за умови погодження Страхувальника на оновлені умови страхування та підписання додаткової угоди наданої Страховиком.

11.4. Договір продовжує свою дію на наступні дванадцять календарних місяців на умовах п. 11.3. цього Договору, за умови сплати Страхувальником страхового платежу в обсязі згідно з отриманим рахунком-фактурою на розрахунковий рахунок чи у касу Страховика в термін, вказаний в Сертифікаті, і, таким чином, підтверджує свою згоду на пролонгацію Договору за умовами, викладеними в Сертифікаті. Настання страхового випадку у період дії договору страхування не може бути підставою для відмови Страхувальнику у продовженні (продлонгації) договору страхування на наступні періоди страхування та зміни умов страхування, зокрема але не виключно для збільшення розміру страхової премії, крім випадків коли таке збільшення передбачено діючою тарифною політикою Страховика для аналогічних договорів страхування, що укладаються або продовжуються Страховиком у цей період.

11.5. Страховик має право відмовити у пролонгації Договору у випадках, передбачених цим Договором та законодавством України, шляхом повідомлення про це Страхувальника за 30 (тридцять) робочих днів до закінчення поточного терміну дії Договору (Сертифікату).

11.6. Договір не може бути продовжений з року, наступного за датою досягнення Застрахованою особою віку 84 (вісімдесят чотири) повних роки.

11.7. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність у разі:

11.7.1. закінчення строку дії Договору;

11.7.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою у повному обсязі;

11.7.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

11.7.4. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

11.7.5. у випадку несплати Страхувальником страхової премії в розмірі, зазначеному в Сертифікаті, до моменту закінчення Пільгового періоду, тобто до 24-00 годин дати, зазначеної в Сертифікаті як останній день сплати страхової премії;

11.7.6. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

11.8. Дія Договору припиняється за вимогою однієї із Сторін; про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення Договору.

11.9. Порядок, умови і розміри повернення страхової премії при достроковому припиненні Договору визначаються згідно з чинним законодавством України.

12. ТЕРИТОРІЯ СТРАХУВАННЯ.

12.1. Територія страхування за цим Договором: весь світ. Надання медичної допомоги згідно з цим Договором здійснюється виключно за межами України (та за межами Сполучених Штатів Америки для Програми страхування згідно з п. 5.1. "ОНКОЛОГІЯ" та п. 5.2. "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ"), згідно з обраної Страхувальником Програми страхування, окрім покриття лікарського забезпечення в Україні відповідно до Програми страхування, якщо воно передбачене Програмою страхування.

13. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.

13.1. Страховик має право:

13.1.1. перевіряти законними способами надану інформацію, а також виконання умов страхування;

13.1.2. відсилати в компетентні органи запити, які пов'язані з виконанням умов цього Договору, в тому числі розслідування обставин настання випадку шляхом проведення власного розслідування, звернення до офіційних органів та співпраці з приватними юридичними та фізичними особами, при цьому зупинити страхову виплату на термін проведення розслідування (при об'єктивній необхідності);

13.1.2. запитувати та одержувати від Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

13.1.3. на зміну умов Договору за згодою Сторін;

13.1.4. достроково припинити дію Договору, згідно з чинним законодавством України та цим Договором;

13.1.5. відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором;

13.1.6. доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, передбачених цим Договором (в т.ч. перерахування страхової виплати згідно цього Договору).

13.2. Страховик зобов'язаний:

13.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;

13.2.2. надати дублікат Сертифікату та Договору Страхувальнику за його письмовим запитом;

13.2.3. забезпечити конфіденційність стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України та цим Договором.

13.3. Застрахована особа (Страхувальник) має право:

13.3.1. одержати страхову виплату при настанні страхового випадку у порядку, передбаченому цим Договором;

13.3.2. достроково припинити дію Договору згідно умов цього Договору;

13.3.3. одержати дублікат Сертифікату та Договору у випадку його втрати.

13.4. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

13.4.1. при укладанні Договору та впродовж його дії повідомити Страховику достовірну інформацію, що має істотне значення для визначення ступеню ризику;

13.4.2. повністю та вчасно сплатити страховий платіж згідно з умовами цього Договору та Сертифікату;

13.4.3. не передавати цей Договір іншій особі для отримання медичної допомоги; обов'язково інформувати Страховика про настання страхового випадку;

13.4.4. Застрахована особа несе відповідальність за достовірність наданих нею Страховику інформації і документів.

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

14. ВИТРАТИ, ЩО ПОКРИВАЮТЬСЯ ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ.

Відповідно до умов Програми страхування оплачуються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями і медичними процедурами, детально викладеними в розділі 7 цього Договору згідно з обраної Страхувальником Програмою страхування:

14.1. Медичні витрати

14.1.1. 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.

14.1.2. 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.

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

14.1.4. За візити лікарів в процесі госпіталізації.

14.1.5. 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 радіо-активних ізотопів, хіміотерапія, електрокардіограми, ехокардіографія, мієлограми, електроенцефалограми, ангіограми, 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.

14.1.6. 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.

14.1.7. 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».

14.1.8. 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.

14.1.9. 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.

14.2. Витрати на проїзд

14.2.1. 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.

14.2.2. 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.

14.2.3. 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.

14.2.4. 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.

14.3. Витрати на проживання

14.3.1. 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.

14.3.2. 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.

14.3.3. 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.

14.3.4. 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).

14.3.5. 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.

14.4. Витрати на репатріацію

14.4.1. 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.

14.5. Витрати на лікарські препарати, придбані в Україні

14.5.1. 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 Програмах страхування «РОЗШИРЕНА» / «РОЗШИРЕНА - без кардіо»).

14.5.2. Покриття витрат доступне тільки при виконанні наступних умов:

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

14.5.3. 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, що є у Застрахованої особи;
- вартість застосування/введення лікарського препарату;
- придбання лікарського препарату поза межами України;
- рахунки, надані Страховику більш ніж через 180 днів після придбання лікарського препарату.

14.5.4. Фінансування та відшкодування:

- Придбання лікарських препаратів в рамках пункту 14.5. 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 розмежуватися кошти, повністю надані Застрахованою особою і кошти, надані в рамках системи охорони здоров'я або іншим страховим полісом.

15. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

15.1. Загальні виключення:

15.1.1. Витрати, понесені у зв'язку з усіма захворюваннями і медичними процедурами, спеціально непередбаченими в п. 7. Договору.

15.1.2. 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.

15.1.3. 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 заподіяння собі шкоди.

15.1.4. 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.

15.2. Медичні виключення:

15.2.1. 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, підтверджуючі медичні записи про симптоми, підтверджуючі записи лікарів, лабораторні та апаратні дослідження протягом 10 (десяти) років до дати початку Договору

15.2.2. Експериментальне лікування, а також діагностичні, терапевтичні та / або хірургічні процедури, безпека і надійність яких немає належного наукового підтвердження.

15.2.3. 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.

15.2.4. Будь-які послуги, які за медичними показаннями не є необхідними для лікування хвороб або проведення медичних процедур, передбачених обраною Страхувальником Застрахованій особі Програмою страхування у розділі 7 цього Договору.

15.2.5. Витрати, що виникли під час лікування, обслуговування та забезпечення медичних приписів по захворюваннях, найкращим методом лікування, яких є пересадка органів, покривається програмами 7.3.5. та 7.3.6 (ця умова діє виключно у разі обрання Страхувальником Застрахованій особі Програм страхування "РОЗШИРЕНА" / "РОЗШИРЕНА - без кардіо").

15.2.6. Будь-яке захворювання, викликане трансплантацією органу, за винятком випадків, коли розглянуте захворювання визначено як покрите страхуванням захворювання або медична процедура (виключно для Програм страхування "РОЗШИРЕНА" / "РОЗШИРЕНА - без кардіо").

15.3. Витрати, що не покриваються:

15.3.1. Будь-які витрати, понесені у зв'язку з будь-якими діагностичними процедурами, лікуванням, обслуговуванням і медичним приписом будь-якого характеру, понесені в Україні.

15.3.2. 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.

15.3.3. 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.

15.3.4. Будь-які витрати, понесені до видачі Попереднього медичного рішення.

15.3.5. Будь-які витрати, понесені в лікарні, яка не зазначена в Попередньому медичному рішенні.

15.3.6. Будь-які витрати, понесені без дотримання положень розділу 16. Процедура врегулювання страхових випадків.

15.3.7. 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.

15.3.8. 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, грижових бандажів і іншого аналогічного обладнання або предметів, за винятком протезів мочових залоз і штучних клапанів серця в результаті хірургічної операції, організованої та оплаченої в рамках даного Договору.

15.3.9. Будь-які витрати, понесені при придбанні або оренді інвалідних крісел, спеціальних ліжок, приладів кондиціонування повітря, очищувачів повітря і інших подібних предметів або обладнання.

15.3.10. Будь-які лікарські препарати, які не були продані ліцензованим фармацевтом, або придбані без наявності медичного рецепту.

15.3.11. Будь-які витрати, понесені внаслідок застосування альтернативної медицини, навіть якщо такі заходи спеціально назначені лікарем.

15.3.12. Будь-які витрати на медичний догляд або запобіжні заходи у випадках церебрального синдрому, старечої немочі або церебрального порушення, незалежно від стадії їх прогресування.

15.3.13. 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 супроводжуваним особам.

15.3.14. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою або його родичами і супроводжуваними особами, за винятком витрат, чітко зазначених в якості предметів покриття.

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

15.3.16. Будь-які витрати, що не передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування для окремої Застрахованої особи, що зазначено в Сертифікаті.

15.4. Виключення з захворювань та медичних процедур:

15.4.1. 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).

15.4.2. 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.

15.4.3. У разі пересадки органу від прижиттєвого донора згідно з п. 7.3.5.

- 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.

15.4.4. Будь-які захворювання і стани, що не передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування для окремої Застрахованої особи, що зазначено в Сертифікаті.

16. ФОРМИ І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПРОЦЕДУРА ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

16.1. 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.

16.2. Повідомлення про страховий випадок.

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

16.2.2. Персонал компанії «BDUI» 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.

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

16.3. Оцінка страхового випадку і вибір лікарні міжнародного рівня.

Після позитивного завершення процесу «ІнтерКонсультейшнSM» 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).

16.4. Попереднє медичне рішення.

16.4.1. 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.

16.4.2. 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.

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

16.4.4. 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.

16.5. Оплата.

16.5.1. 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 (покриті) цим Договором, з урахуванням Програми страхування застрахованої особи у спосіб, визначений «BDUI».

16.5.2. 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.

16.5.3. Щоденна виплата за кожен день Госпіталізації, що передбачена в Програмі страхування "РОЗШИРЕНА" / "РОЗШИРЕНА - без кардіо", 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.

17. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

17.1. Страховик може відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором:

- 17.1.1. якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження за направленням Страховика (при наявності сумнівів Страховика щодо страхового випадку);
- 17.1.2. якщо Застрахованій особі на дату укладення Договору (включення в нього) виповнилось 65 років;
- 17.1.3. якщо Страхувальник (Застрахована особа) надав при укладенні Договору неправдиві відомості;
- 17.1.4. у інших випадках, передбачених цим Договором та чинним законодавством України;
- 17.1.5. у випадках, що не передбачені обраною Страхувальником Програмою страхування.

18. ВИЗНАННЯ ДОГОВОРУ НЕДІЙСИМ.

- 18.1. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 18.2. Договір вважається таким, що не набрав чинності, у разі несплати страхового платежу в повному розмірі в строки, вказані у Сертифікаті.
- 18.3. Відповідно до Закону України "Про страхування" Договір визнається недійсним, якщо він укладений після настання страхового випадку.
- 18.4. Договір визнається недійсним у судовому порядку.

19. ПОРЯДОК ЗМІНИ УМОВ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ.

- 19.1. Договір укладається на підставі усної заяви Страхувальника та заповненої Страхувальником або Застрахованою особою (особами) Заяви на страхування (медичної декларації застрахованої особи), складеної на кожну особу, що є застрахованою за цим Договором. Заяви на страхування (медична декларація застрахованої особи) є невід'ємною частиною Договору - Додатком №2.
- 19.2. Договір по відношенню до Застрахованої особи припиняється у випадку:
 - 19.2.1. закінчення строку дії;
 - 19.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 19.2.3. у разі смерті Застрахованої особи або втрати її дієздатності (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);
 - 19.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 19.2.5. винесення судового рішення про визнання Договору недійсним;
 - 19.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та умовами Програми страхування.
- 19.3. Договір може бути припинений за вимогою Страхувальника до початку відповідальності Страховика.
- 19.4. У випадках дострокового припинення дії Договору Страховику мають бути повернуті оригінали Сертифікату і Договору.

20. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ.

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), які призвели до тимчасової або постійної втрати працездатності Застрахованої особи або настала її смерть.

Терористичні акти - дії, до яких, зокрема, відносяться 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 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. «BDUI» 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 «BestDoctors» 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 «BDUI», в якому вказується підтвердження страхового покриття по Договору до початку надання послуг у зазначеній Лікарні за межами країни проживання Застрахованої особи - на лікування, послуги, виробу 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 цього Договору. Страхувальник може обрати одну з трьох Програм страхування для кожної застрахованої особи:

- згідно п. 5.1. - "ОНКОЛОГІЯ";

- згідно п. 5.2. - "РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ";
- згідно п. 5.3. - "БАЗОВА";
- згідно п. 5.4. - "РОЗШИРЕНА - без карджо";
- згідно п. 5.5. - "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.

Пролонгований договір - Договір, термін дії якого був продовжений шляхом видачі нового Сертифікату відповідно до п. 11. 4 цього Договору.

Сертифікат про страхування (Сертифікат) – невід’ємна частина Договору, що видається при укладенні Договору та перевидается 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

Пільговий період – період часу між 00-00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії Договору, та 00-00 годин дня зазначеного в Сертифікаті як останній день сплати страхової премії. Пільговий період за цим Договором не може перевищувати 30 (тридцять) календарних днів.

21. ІНШІ ОСОБЛИВІ УМОВИ ТА ЗАСТЕРЕЖЕННЯ.

- 21.1.** Всі розрахунки за цим Договором здійснюються у грошовій одиниці України.
- 21.2.** Суперечки, що виникають між Сторонами Договору, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди – в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 21.3.** Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов’язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.
- 21.4.** Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов’язків за Договором у разі виникнення обставин нездоланної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин, письмово, протягом 3 (трьох) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин нездоланної сили належать:
- 21.4.1.** зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов’язків за цим Договором.
- 21.4.2.** пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, які стали причиною ДТП, землетрус, військові дії, народні заворушення, які офіційно об’явлені на території України після укладення Договору.
- 21.5.** 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.
- 21.6.** Страхувальник – фізична особа, шляхом підписання цього Договору, надає Страховику згоду на обробку своїх (в т.ч. застрахованих осіб) персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цьому Договорі, так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору, в тому числі на передачу ПД іноземним суб’єктам відносин, пов’язаних із ПД, з метою виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором, та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Шляхом підписання цього Договору Страхувальник – фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб’єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД.
- 21.7.** Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://www.oberig-sg.com/>, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правила йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав’язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.
- 21.8.** Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що необхідну згоду Застрахованих осіб на страхування (укладання цього Договору) отримав.
- 21.9.** 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.
- 21.10.** Договір складено українською мовою в двох оригінальних примірниках, один з яких зберігається у Страховика, а інший надається Страхувальнику, які мають однакову юридичну силу.

22. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТОРІН.

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК