

ЗАТВЕРДЖЕНО:
НАКАЗ № 2024/06/30 від 30.06.2024
Початок строку дії з 01.07.2024

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

«BEST DOCTORS»

(КЛАС СТРАХУВАННЯ 2)

ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ	3
2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ	7
3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ	7
4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ	9
5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	10
7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	11
8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	13
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	14
10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	15
11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	18
12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	18

Ці Загальні умови страхового продукту "Best Doctors" (надалі - **Загальні умови продукту**) за класом страхування **2** – страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування), розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 року за №1909-IX зі змінами та доповненнями (далі - Закон) та відповідно до вимог Положення про внутрішню політику з андерайтингу та Положення про внутрішню політику з розроблення та впровадження страхових продуктів.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

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

1.2. БЛИЗЬКІ РОДИЧІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ - дружина/чоловік, діти (в т.ч. усиновлені), мати/мачуха, батько/вітчим, рідні сестри/брати Застрахованої особи.

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

1.4. ДАТА НАДАННЯ СТРАХОВИКУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ - дата станом на яку Застрахована особа / Страхувальник підтверджують, що Застрахована особа відповідає вимогам до застрахованих осіб встановлених в п.3.2. Договору. У разі прийняття на страхування неповнолітніх така інформація підтверджена батьками або законним опікуном Застрахованої особи. Датою надання Страховику інформації про Застраховану особу є одна з дат, яка є більш ранньою:

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

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

1.5. 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.

1.6. ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ТА ЗДОРОВ'Ю - ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання негайної невідкладної медичної допомоги може призвести до значного та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу, появи важких ускладнень внаслідок гострого захворювання або смерті Застрахованої особи.

1.7. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (ЗО) - фізична особа, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника.

1.8. ЗАХВОРЮВАННЯ - будь-яке порушення структури або функції організму, системи або органу, що має ідентифіковані та характерні набори ознак та симптомів або характеризується послідовними анатомічними змінами. Діагноз повинен бути поставлений лікарем, що здійснює свою діяльність відповідно до закону. Захворювання включає всі тілесні ушкодження і їх наслідки, що виникають в результаті одного і того ж діагнозу, а також всі захворювання, викликані однієї і тієї ж причиною або пов'язаними з нею причинами. Якщо захворювання викликане тією ж самою причиною, яка викликала попереднє захворювання або пов'язаної з ним причину, то захворювання має розглядатися як продовження попереднього, а не як окреме захворювання.

1.9. ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ БУЛИ ПРИСУТНІ ДО ПОЧАТКУ ДІЇ ДОГОВОРУ - будь-які захворювання та стани Застрахованої особи, які були діагностовані, виявлені, щодо яких проводилося лікування або

проявилися чи пов'язані з ними медично підтверджені симптоми або свідчення чи ознаки протягом 10 років до дати початку терміну страхування за першим Договором.

1.10. 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.

1.11. КОНТРОЛЬ СТАНУ ЗДОРОВ'Я - це діагностичні обстеження/спостереження (лікарем зі спеціальним досвідом, що має відношення до захворювання Застрахованої особи), які використовуються після лікування за Програмою страхування з метою запобігання рецидиву даного захворювання у Застрахованої особи. План Контролю стану здоров'я повинен бути розроблений лікуючим лікарем та погоджений лікарем Страховика із зазначенням часових інтервалів і виду діагностичних процедур.

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

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

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

1.15. ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ЛІМІТ ВІДШКОДУВАННЯ) - грошова сума, яка встановлена в рамках Страхової суми, в межах якої Страховик несе зобов'язання при настанні страхового випадку відносно надання ЗО конкретної послуги. Після здійснення страхової виплати ліміт відповідальності зменшується на суму цієї виплати.

1.16. 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.

1.17. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕННОЇ ТА КЛІТИННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ:

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

1.18. НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА - медичні послуги, що надаються Застрахованій особі при такому її стані, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму або до загрози життю ЗО.

1.19. НЕІНВАЗИВНИЙ РАК АБО РАК "IN SITU" - злоякісна пухлина, обмежена тією епітеліальною тканиною, де вона виникла, і не проникла в строми або навколишні тканини.

1.20. НЕОБХІДНИМИ З МЕДИЧНОЇ ТОЧКИ ЗОРУ є медичні послуги та вироби, які:

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

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

1.21. НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності або її смерті.

1.22. ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ – кількість днів, яка визначена Договором, що відліковується з дати початку дії Договору. Будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми/свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах протягом періоду очікування не є підставою для отримання страхового відшкодування протягом всього терміну дії Договору та наступних Договорів, що будуть укладені внаслідок пролонгації. Період очікування фіксується в Сертифікаті, а у разі, якщо період очікування відсутній у Сертифікаті, то він встановлюється рівним 180 дням, якщо Договір укладається вперше та 0 днів, якщо страхування є безперервним та Договір має ознаку пролонгації. Якщо страхування не є безперервним, або додано нову Застраховану особу, то застосовується новий період очікування 180 днів та дата надання Страховику інформації про Застраховану особу встановлюється як дата додавання ЗО. Період очікування встановлюється окремо відносно кожної Застрахованої особи.

1.23. ПОПЕРЕДНІЙ МЕДИЧНИЙ СЕРТИФІКАТ - письмове погодження складене Страховиком, що включає підтвердження покриття за Договором до надання послуг в зазначеному медичному закладі, опису лікування, послуг, виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів, що відносяться до страхового випадку.

1.24. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ - перелік страхових випадків та конкретних умов страхування, набір медичних та інших послуг та видів допомоги запропонований Страховиком та обраний Страхувальником при укладенні договору страхування, та яка зазначена в Сертифікаті.

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

1.26. РЕПАТРІАЦІЯ ТІЛА - це транспортування останків Застрахованої особи (ЗО) до конкретного пункту країни постійного проживання (за рішенням Страховика), якщо смерть ЗО пов'язана з

страховим випадком згідно умов Договору. За згодою близьких родичів Застрахованої особи та Страховика, замість репатріації тіла, може бути здійснено поховання (кремація) тіла (останків) Застрахованої особи у країні тимчасового перебування. Всі заходи із надання цих послуг організовує виключно Страховик.

1.27. СЕРТИФІКАТ - документ, що посвідчує укладення договору страхування, містить окрему інформацію щодо умов страхування, проте не встановлює прав, обов'язків Страховика і Страхувальника та не врегульовує питання щодо умов та порядку здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування.

1.28. СТАЦІОНАР - 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.

1.29. СТРАХОВА ВИПЛАТА (СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку, в межах страхової суми (ліміту відповідальності), відповідно до умов договору страхування.

1.30. СТРАХОВА ПРЕМІЯ - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування. Розмір страхової премії встановлюється в залежності від розміру страхової суми, строку страхування та інших умов договору страхування.

1.31. СТРАХОВА СУМА - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов договору страхування, зобов'язаний організувати надання необхідної послуги або провести страхову виплату у разі настання страхового випадку. Страхова сума залежить від обраної програми страхування.

1.32. СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору.

1.33. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.

1.34. СТРАХОВИЙ РИЗИК - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.35. СТРАХОВИЙ ТАРИФ - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття, залежить від вірогідності настання ризику і визначається у відсотках від страхової суми.

1.36. СТРАХОВИК - фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України.

1.37. СТРАХУВАЛЬНИК - особа, яка уклала із Страховиком договір страхування.

1.38. СТРОК СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору.

1.39. 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 лікування. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг.

1.40. 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.

1.41. ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХРОНІЧНА ХВОРОБА) - хвороба людини з первинним перебігом більше 5 (п'яти) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин і органів.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Згідно з умовами Договору медичного страхування "Best Doctors" (далі - **Договір**) та обраною Програмою страхування, Страховик зобов'язується за визначену Договором страхову премію здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору, шляхом відшкодування понесених витрат на отримання ЗО медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи захворювання ЗО, розлад здоров'я, внаслідок настання страхового випадку який передбачений Програмою страхування.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страхувальник має право:

- 3.1.1. ознайомитись з Загальними умовами продукту та Договором;
- 3.1.2. вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений Договором;
- 3.1.3. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 5 цих Загальних умов продукту;
- 3.1.4. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;
- 3.1.5. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 4 цих Загальних умов продукту;
- 3.1.6. одержати від Страховика дублікат Сертифікату в разі втрати оригіналу;
- 3.1.7. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір здійсненої страхової виплати в судовому порядку.

3.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 3.2.1. надати Страховику всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;
- 3.2.2. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;
- 3.2.3. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи;
- 3.2.4. повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір, і якщо Застрахована особа протягом 30 календарних днів не повідомила страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;**
- 3.2.5. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;
- 3.2.6. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;
- 3.2.7. при настанні страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 6 цих Загальних умов продукту;
- 3.2.8. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 3.2.9. виконувати розпорядження та рекомендації Страховика після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 3.2.10. на вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання

страхового випадку;

3.2.11. надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

3.2.12. Застрахована особа і її родичі повинні допускати лікарів, що призначені Страховиком - для нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних Страховику для оцінки страхового ризику або розміру страхового відшкодування.

3.3. Страховик має право:

3.3.1. перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію;

3.3.2. відмовити у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування) у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.3.2. цих Загальних умов продукту;

3.3.3. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;

3.3.4. самостійно з'ясовувати причини та обставини страхової події, робити запити в компетентні органи про відомості, пов'язані зі страховою подією;

3.3.5. при необхідності, організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;

3.3.6. доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору;

3.3.7. відмовити в пролонгації Договору;

3.3.8. самостійно приймати рішення щодо зміни медичного закладу, лікаря, країни лікування під час лікування Застрахованої особи, яке вже розпочато та/або триває, за умови, що така зміна медичного закладу чи країни лікування не є протипоказанням з медичної точки зору та Застрахована особа є транспортабельною;

3.3.9. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 4 цих Загальних умов продукту;

3.3.10. пред'явити вимогу до особи, що одержала страхову виплату, про повернення отриманої суми (повністю або частково), якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати, на підставі Договору, права на одержання зазначених коштів (повністю або частково);

3.3.11. на власне дослідження чи розслідування, та для цього: запитувати та отримувати будь-яку інформацію за будь-який період стосовно Застрахованої особи у Страхувальника / Застрахованої особи / її роботодавців / медичних закладів / лікарень / лікарів / аптечних мереж / лабораторій / установ Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України та будь-яких інших державних органів чи установ. Страховик має право утворити комісію з трьох лікарів обраних на розсуд Страховика, для визначення питання достовірності чи недостовірності даних наданих Застрахованою особою / Страхувальником, рішення цієї Комісії буде обов'язковим, справедливим та прийнятним для Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи.

3.4. Страховик зобов'язаний:

3.4.1. ознайомити Страхувальника з Договором та Загальними умовами продукту;

3.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування);

3.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором строк.

3.4.4. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.4.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства;

3.4.6. видати Страхувальнику дублікат Сертифікату у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним.

3.5. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору, його сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

3.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше ніж подвійна облікова ставка Національного банку, яка діяла в період, за який нарахована пеня.

3.7. Сторони звільнюються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства тощо), що підтверджується відповідним документом Торгово-Промислової палати України.

3.8. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за 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.

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

4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

4.1. Зміни та доповнення вносяться у договір страхування за згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткових угод, підписаних сторонами, які стають невід'ємною частиною договору страхування.

4.2. Якщо інше не передбачено договором страхування, зміна умов договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін, яка надається за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до дня внесення цих змін. Рішення про зміну умов договору страхування приймається протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною по договору страхування і оформляється додатковою угодою до договору страхування.

4.3. Якщо Страховик чи Страхувальник не згодні із внесенням змін в договір страхування, в строк 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію договору страхування на попередніх умовах чи про припинення його дії.

4.4. З моменту одержання заяви однією із сторін та до моменту прийняття рішення, договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

4.5. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

4.5.1. закінчення строку дії договору страхування;

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

4.5.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

4.5.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.5.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

4.5.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

4.6. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого договору та законодавством України.

У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону "Про страхування" за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування.

4.7. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.8. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.9. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

4.10. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

4.11. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за цим страховим продуктом, яка закладається у страховий тариф під час його обчислення, складає **60%**.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

5.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

5.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.

5.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

У разі настання події, що має ознаки страхового випадку (надалі - **Подія**), перш ніж отримати будь-яке лікування, послугу, постачання або медичний рецепт щодо захворювання або медичної процедури, що покриваються програмою страхування, Страхувальник, Застрахована особа (ЗО) або

їх представник зобов'язані:

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

6.2. Надати Страховикові дані про умови та обставини Події, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика.

6.3. Вжити всі необхідні та доцільні заходи щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої життю, здоров'ю Застрахованої особи та усунення причин, що сприяють виникненню додаткової шкоди.

6.4. Виконувати розпорядження та рекомендації Страховика та/або лікаря Страховика.

6.5. Надати Страховику документи згідно Розділу 7 цих Загальних умов продукту.

Якщо Страхувальник не мав фізичної можливості своєчасно виконати дії, передбачені п.6.1.-п.6.5. цих Загальних умов продукту, він повинен надати Страховику документи, які підтверджують це.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заявленої вимоги Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємця (-ів) Застрахованої особи), всіх необхідних належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та складеного Страховиком страхового акту.

7.2. Заявленою вимогою є письмова вимога, у формі заяви про виплату страхового відшкодування, яка містить обґрунтовану вимогу про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) згідно умов Договору, що надійшла Страховику у письмовій формі від належним чином встановленої особи, що має відповідні повноваження на підписання та подання такої заяви.

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

7.3.1. заява про страховий випадок та про виплату страхового відшкодування, за формою встановленою Страховиком;

7.3.2. Сертифікат (примірник Страхувальника);

7.3.3. копія паспорта отримувача страхової виплати та довідки про присвоєння йому реєстраційного номеру облікової картки платника податку;

7.3.4. 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;

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

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

7.3.7. на обґрунтовану вимогу Страховика - інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання страхового випадку із ЗО, страховий інтерес отримувача страхової виплати

тощо.

7.4. Документи надаються Страховику українською мовою, у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників, або простих копій, за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.

7.5. Оцінка Заяви про страховий випадок і пропозиція медичних закладів для лікування.

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

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

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

7.5.4. У випадку, якщо Страховик прийняв рішення про здійснення страхової виплати та якщо Застрахована особа заявляє про бажання лікуватися за Програмою страхування, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, Страховик надає Застрахованій особі список рекомендованих медичних установ для лікування.

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

Сценарій 1: Повний термін лікування.

Якщо відповідно до Програми страхування не висувалося жодних претензій (не були заявлені страхові випадки), внаслідок яких лікування могло б бути організовано і сплачено, то Страховик підтверджує тривалість строку дії страхового покриття.

Сценарій 2: Скорочений термін лікування.

Якщо відповідно до Програми страхування раніше була подана претензія (був заявлений страховий випадок (ки)) і, внаслідок якого лікування було організовано і сплачено відповідно до Договору, то Страховик підтверджує тривалість строку дії страхового покриття в кількості місяців, що залишилися до дати закінчення дії Договору.

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

Якщо відповідно до Програми страхування раніше була подана претензія (був заявлений страховий випадок (ки)) і, внаслідок якого лікування було організовано і сплачено за Договором, при цьому строк дії страхового покриття повністю закінчився.

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

7.6. Лікування за Програмою страхування: попередній медичний сертифікат

7.6.1. Після отримання від Застрахованої особи підтвердження про рішення лікуватися за Програмою страхування в медичній установі, обраній зі списку рекомендованих Страховиком, за умови, що строк дії страхового покриття ще не закінчився, Страховик організовує все необхідне для поїздки і лікування Застрахованої особи і видає попередній медичний сертифікат, дійсний тільки для узгодженого медичного закладу.

7.6.2. 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.

7.6.3. Якщо Застрахована особа не вибрала медичний заклад із запропонованого Страховиком 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.

7.6.4. За умов виконання вимог попереднього медичного сертифіката, Страховик, відповідно до умов Договору, безпосередньо оплачує медичні витрати, передбачені Програмою страхування і бере на себе організацію поїздки і розміщення ЗО з урахуванням обмежень, винятків і умов, викладених в Договорі.

7.7. Строк дії страхового покриття, що застосовується.

7.7.1. Строк дії страхового покриття починається з дати першої поїздки з метою лікування в межах Програми страхування.

7.7.2. Відповідно до Договору покриваються витрати за надані послуги, що виникають у зв'язку зі страховими випадками за передбаченою Договором Програмою страхування і протягом строку дії страхового покриття.

7.7.3. Якщо Застрахована особа починає лікування в Стаціонарі, зазначеному в попередньому медичному сертифікаті, перед закінченням строку дії страхового покриття, то його медичні витрати будуть оплачуватися відповідно до положень пункту 6.7. Договору, до дати завершення лікування, передбаченої планом лікування.

7.8. Обслуговування після лікування в медичному закладі.

7.8.1. Протягом строку дії страхового покриття, Страховик надає Застрахованій особі інструкцію з користування медичними послугами після лікування в медичному закладі. Ці інструкції засновуються на рекомендаціях лікаря.

7.8.2. Застрахована особа має можливість придбання медикаментів відповідно до п.6.10.1. Договору та контролю стану здоров'я відповідно до п.6.10.2. Договору, до закінчення строку дії страхового покриття.

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

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

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

7.9.3. Якщо оцінка стану підтвердить необхідність лікування, Страховик видає новий попередній медичний сертифікат і список рекомендованих клінік партнерів Страховика для лікування за Програмою страхування.

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

7.9.5. Договір буде продовжувати забезпечувати покриття всіх послуг і медичних витрат до кінця строку дії страхового покриття, що застосовується відповідно до умов останнього випущеного попереднього медичного сертифіката.

7.10. Співробітництво.

7.10.1. Застрахована особа і її родичі повинні дати свій дозвіл на відвідування її лікарями, уповноваженими 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.

7.10.2. Відмова від таких відвідувань лікарями буде розцінена Страховиком як пряма відмова Застрахованої особи і її родичів від права на отримання страхового відшкодування по страховому випадку.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою (причиною) для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

- 8.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;
- 8.1.2. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 8.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 8.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 8.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими умовами Договору;
- 8.1.6. порушення Страхувальником умов Договору;
- 8.1.7. невиконання Страхувальником (ЗО) своїх обов'язків за Договором;
- 8.1.8. створення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 8.1.9. несплата Страхувальником страхової премії в розмірах та в строки, які встановлені в Сертифікаті;
- 8.1.10. ненадання документів згідно Розділу 7 цих Загальних умов продукту;
- 8.1.11. відмова ЗО від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика;
- 8.1.12. відмова ЗО в допущенні візитів лікарів Страховика;
- 8.1.13. 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;
- 8.1.14. інші випадки, передбачені Договором або законодавством України.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Страховик (страховий посередник) до укладення договору страхування надає клієнту інформацію про Страховий продукт згідно вимог законодавства. Інформація про даний Страховий продукт надається клієнту в електронній формі шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика (страхового посередника): oberig-sg.com (відповідному сайті страхового посередника).

9.2. Страхувальник перед укладенням договору страхування зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, у тому числі про наявність страхового інтересу, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхової премії за договором страхування. До обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, відносяться:

- інформація про Застрахованих осіб (ПІБ, вік, стать, стан здоров'я);
- інформація про укладання інших договорів страхування щодо об'єкту чи предмету договору страхування.

9.3. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного

кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.4. При укладенні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника документи, необхідні для оцінки страхового ризику та укладання договору страхування.

9.5. В Договорі може бути передбачено, що окремі положення цих Загальних умов продукту не включаються в Договір і не діють в конкретних умовах страхування, або умови Договору доповнюються іншими умовами за згодою Сторін, або ж умови Договору мають пріоритет над цими Загальними умовами продукту.

9.6. Договір страхування може бути укладений відповідно до вимог Цивільного кодексу України шляхом пропозиції однієї сторони укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) другою стороною. Порядок надання пропозиції та прийняття пропозиції встановлюється договором страхування.

9.7. Укладення договору страхування посвідчується Сертифікатом.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Якщо інше не визначено Договором, не визнаються страховими випадками:

10.1.1. захворювання, які були присутні до початку дії Договору;

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

10.1.3. 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 страхування відповідно до Розділу 6 Договору;

10.1.4. онкологічні захворювання, а саме:

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

10.1.5. які сталися поза межами території дії Договору та які настали не під час дії Договору.

10.2. Договором не покривається, та Страховиком не відшкодовуються:

10.2.1. Витрати, викликані будь-якими захворюваннями та/або медичними процедурами, не передбаченими в Програмі страхування та Договором.

10.2.2. Витрати, прямо не передбачені в Програмі страхування.

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

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

- не дотримувалася рекомендацій, призначень або встановленого лікарем плану лікування або

- відмовилася від будь-якого лікування або від додаткових обстежень або аналізів, необхідних для встановлення остаточного діагнозу або плану лікування.
- 10.2.5. Лікування із застосуванням генної терапії, терапії соматичних клітин, тканинно-інженерних методів.
- 10.2.6. Експериментальне лікування, а також діагностичні, лікувальні та/або хірургічні процедури, безпека і надійність яких не обґрунтована і не підтверджена міжнародним медичним співтовариством.
- 10.2.7. 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.
- 10.2.8. Лікування наступних форм онкологічних захворювань:
- 10.2.8.1. будь-який не пов'язаний з меланомою рак шкіри, який гістологічно класифікується як такий, що не проник за межі епідермісу (зовнішнього шару шкіри);
- 10.2.8.2. будь-яке лікування, яке передбачає застосування Технології CAR (Химерний рецептор антигену), CAR Т-клітинної терапії.
- 10.2.9. 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.
- 10.2.10. Витрати на альтернативні методи лікування, обслуговування, виробу медичного призначення або рецептурні лікарські препарати по захворюванню, кращим лікуванням для яких є трансплантація, що не покривається Договором.
- 10.2.11. Лікування довгострокових побічних ефектів; полегшення хронічних симптомів; реабілітація; фізіотерапія; відновлення рухливості; мовна та логопедична терапія; паліативна допомога та будь-яка медична допомога, що спрямована на зняття симптомів для пацієнтів чиє лікування є неможливим/необхідним з медичної точки зору.
- 10.2.12. Витрати на лікарські препарати в Україні (згідно п.6.10.1. Договору), а саме:
- вартість введення / застосування препарату;
 - вартість лікарських препаратів, придбаних за межами України, якщо Страховиком не встановлено інше;
 - вартість лікарських засобів, при наданні Страховику документів на відшкодування більш ніж через 180 календарних днів з моменту виникнення витрат.
- 10.2.13. Витрати на контроль стану здоров'я (згідно п.6.10.2. Договору), якщо:
- витрати відносяться до медичних послуг, не передбачених планом лікування, затвердженим Страховиком.
 - витрати понесені в медичній установі, що не затверджена Страховиком;
 - витрати понесені без погодження зі Страховиком.
- 10.2.14. Будь-які пересадки органів, їх частин і сегментів, клітин, шкіри та тканин.
- 10.2.15. Лікування стовбуровими клітинами.
- 10.2.16. Будь-яке лікування, яке не може бути відтерміноване на період, що наданий Страховику для процесу перевірки та організації процесу лікування.
- 10.2.17. Будь-яке лікування, якщо Застрахована особа не є транспортабельною для переміщення до медичного закладу для проходження лікування або таке транспортування напряму загрожує її життю.
- 10.2.18. Лікування родових травм та/або вроджених вад розвитку будь-якого виду, в тому числі вроджених вад розвитку та функціонування серця, судин, головного мозку, черепної коробки, спинного мозку або хребта.
- 10.2.19. Медичні та інші послуги, які надаються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень;

- 10.2.20. Лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом).
- 10.2.21. Будь-які витрати, викликані або пов'язані з діагнозом, лікуванням, обслуговуванням, наданням виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів будь-якого роду в будь-якій країні світу, якщо Застрахована особа на момент подачі заяви про настання страхового випадку не перебувала на території України в законному статусі резидента України або громадянина України.
- 10.2.22. Будь-які витрати, понесені після закінчення строку страхового покриття.
- 10.2.23. Будь-які витрати, понесені до видачі попереднього медичного сертифіката.
- 10.2.24. Будь-які витрати, понесені самостійно Застрахованою особою без попереднього погодження зі Страховиком.
- 10.2.25. Будь-які витрати, понесені в стаціонарі, відмінному від зазначеного в попередньому медичному сертифікаті.
- 10.2.26. Будь-які витрати, що не відповідають умовам, викладеним у Розділі 13 Договору.
- 10.2.27. 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.
- 10.2.28. 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, грижових 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 Договором.
- 10.2.29. Будь-які витрати, понесені при придбанні чи оренді крісел-колясок, спеціальних ліжок, приладів кондиціонування повітря, очищувачів повітря і інших схожих виробів чи обладнання.
- 10.2.30. Всі фармацевтичні та лікарські препарати, які не були відпущені ліцензованим фармацевтом, або які можуть бути придбані без медичного рецепту.
- 10.2.31. Всі витрати на використання засобів альтернативної та експериментальної медицини, навіть якщо вони були рекомендовані лікарем.
- 10.2.32. 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.
- 10.2.33. Витрати на послуги перекладача, телефонний зв'язок та інші витрати, пов'язані з предметами особистого користування або за своєю суттю не є медичними, або на будь-які інші послуги, що надаються родичам або супроводжувачим.
- 10.2.34. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою, її родичами, або супроводжувачими, крім прямо передбачених умовами Договору.
- 10.2.35. Будь-які медичні витрати, які не є загальноприйнятими і розумними.
- 10.2.36. Будь-які витрати на регулярне транспортування з готелю до медичного закладу або до лікаря, організовані Застрахованою особою, супроводжувачим.
- 10.2.37. Будь-які витрати, що не були попередньо погоджені лікарем Страховика.
- 10.3. Страховим випадком не є і страхова виплата не здійснюється, якщо страхові випадки, зазначені у Договорі, сталися внаслідок:
- 10.3.1. вживання 30 та/або перебування під дією, алкогольних, наркотичних або токсичних речовин;
 - 10.3.2. самогубства або замаху на самогубство;
 - 10.3.3. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
 - 10.3.4. участі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;
 - 10.3.5. терористичних актів, війни (оголошеної чи не оголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану;
 - 10.3.6. прямої чи непрямої дії радіоактивного чи іонізуючого випромінювання, хімічного,

бактеріологічного забруднення та впливу надзвичайних і невідворотних подій (стихійні лиха);

10.3.7. самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;

10.3.8. нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою;

10.3.9. недотримання правил (норм) техніки безпеки праці або виробничої санітарії, правил протипожежної безпеки;

10.3.10. протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку.

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

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

11.2. Суперечності, які виникли між сторонами, вирішуються шляхом переговорів.

11.3. У всьому, що не врегульовано договором страхування, Сторони керуються цими Загальними умовами продукту. Відносини Сторін в частині, що не врегульовані договором страхування та цими Загальними умовами продукту, регулюються чинним законодавством України.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач або їх представник має звернутися до Страховика за тел. 0 800 218 201 або +38 044 221 44 21.

12.2. Для листування (поштових відправлень): info@oberig-sg.com, 03040, м. Київ, вул. Васильківська, 14.

12.3. Страховик може надати додаткові контактні дані, для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, в Договорі/Сертифікаті.