Contract de asigurare
Nr. IM00000047 din 07.08.2025

A. Asigurarea cheltuielilor medicale (Categoria riscului A)

Caz asigurat este adresarea Asiguratului (Persoanei asigurate) în afara traiului permanent după asistență medicală în caz de îmbolnăvire acută, care pune în pericol viața Asiguratului și necesită asistență medicală de urgență, dereglarea sănătății (traumatisme) cu urmare a unui accident, precum și decesul Persoanei asigurate, care s-a produs în afara traiului permanent în perioada de acțiune a contractului de asigurare (cu excepția cazurilor, prevăzute în articolul „Excepții").

În limita sumelor asigurate, indicate în Polița de asigurare, Asigurătorul compensează cheltuielile suportate de Asigurat pentru tratamentul medical ambulatoriu și/sau staționar, care includ:

• transportarea Persoanei asigurate la cel mai apropiat punct de asistență medicală urgentă;

• aflarea în staționar;

• costul medicamentelor și materialului de pansament;

• procedurile fizioterapeutice;

• roenghenoscopia;

• reanimarea, intervențiile chirurgicale, inclusiv asistarea, anestezia și utilizarea sălii de operații;

B. Asigurarea cheltuielilor medicale și riscurilor suplimentare, cheltuielilor neprevăzute (Categoria riscului B)

Condițiile de asigurare ale contractului din categoria „B" includ complet condițiile contractului de asigurare categoria „A" și suplimentar condițiile de asigurare pentru cheltuieli neprevăzute. Caz asigurat sunt cheltuielile suplimentare (neprevăzute) ale Asiguratului (Persoanei Asigurate) în afara țării traiului permanent, legate de acordare asistenței medicale stomatologice de urgență, îmbolnăvire acută și/sau un accident, precum și legate de reîntoarcerea înainte de termen a Asiguratului (Persoanei asigurate sau copilului) în țara traiului permanent în legătură cu internarea în spital a Asiguratului sau în legătură cu decesul unei rude de gradul I (soț/soție, părinți, copii), care a avut loc în perioada de acțiune a contractului de asigurare (cu excepția cazurilor, prevăzute în articolul „Excepții").

Asigurătorul în limitele sumei asigurate achită cheltuielile suplimentare:

• pentru întoarcerea acasă a copiilor în vârstă de până la 15 ani, care se aflau cu Persoana asigurată în țara de aflare, în caz de internare în spital a Persoanei asigurate. În același timp Asigurătorul își rezervă dreptul utilizării biletelor și în caz de necesitate achită suplimentar pentru utilizarea lor înainte de termen;

• pentru achitarea biletului tur-retur rudei de gradul I (soț/soție, părinți, copii) a Persoanei asigurate, dacă Persoana asigurată se află în spital mai mult de 10 zile și nu este însoțită de nici un membru al familiei;

• pentru acordarea asistenței stomatologice de urgență în mărime de până la 150 EUR/USD.

Asigurătorul nu compensează cheltuielile Asiguratului, ce țin de:

a) acutizarea și tratarea unor maladii cronice și urmărilor acestora, care au existat și au fost cunoscute la momentul încheierii contractului de asigurare și au necesitat tratament până la începutul perioadei de asigurare, precum și consecințele accidentelor, care s-au produs până la plecarea Asiguratului din țara traiului permanent. Cheltuielile pentru tratarea acestor boli sunt acoperite numai în cazul, în care asistența medicală de urgență a fost necesară pentru prevenirea pericolului asupra vieții sau înlăturarea durerilor acute. În așa cazuri cheltuielile pentru transportare și repatriere nu se compensează;

b) tratarea tulburărilor și bolilor psihice, precum și celor pentru hipnoză și psihoterapie;

c) tratarea consecințelor intoxicațiilor alcoolice, narcotice sau toxice în urma folosirii preparatelor medicale, dacă asemenea substanțe nu au fost prescrise de medic;

d) examinări medicale generale, precum și cheltuieli pentru examinare, îngrijire sau tratament în legătură cu sarcina, întreruperea sarcinii, nașterea, avortul spontan sau terapeutic, și urmările acestora, cu excepția întreruperii sarcinii în urma accidentului sau a maladiei subite, când avortul a fost inevitabil;

e) protezare dentară, inclusiv coronițe și ortopedia facială, măsuri de conservare și cosmetică, îndreptarea poziției dinților;

f) cheltuielile pentru mijloace (accesorii) auxiliare (ochelari, lentilele de contact, aparate auditive, protezarea oculară, cârje, cărucior pentru invalizi, etc.);

g) tratamentul de reabilitare, precum și pentru măsurile curative sau de alt ordin, inclusiv preparate medicinale, care nu sunt necesare pentru tratarea bolii diagnosticate. Aici se include: examinarea totală a organismului, examinări de profilaxie, atestări medicale și certificate, care nu au fost solicitate de Asigurător, vaccinări de protecție sau profilaxie, preparate medicale, care prin esență și componență sunt nutritive sau cosmetice, sau așa preparate care sunt folosite de Asigurat în scop profilactic sau din obișnuință;

h) tratamentul ambulatoriu în instituțiile balneare. Această excepție nu acționează, în cazul când în timpul aflării temporare în stațiunea balneară a parvenit o boală acută sau a avut loc un accident, pentru tratarea urmărilor cărora a fost necesară asistența medicală de urgență;

i) tratament și examinare prin metode sau cu preparate medicinale, care nu sunt recunoscute și aprobate conform cerințelor științei medicale;

j) tratamentelor curative sau intervențiilor pe care Asiguratul le aplică sau care sunt aplicate asupra corpului său;

k) tratamentul Asiguratului sau îngrijire efectuată de soț (soție), părinți sau copii;

l) necesitatea internării Asiguratului în spital pentru îngrijire fără necesitate de acordare a asistenței medicale urgente;

m) tratament peste hotare, dacă aceasta a fost unica cauză sau una din cauzele plecării peste hotare;

n) tratamentul în țara cu domiciliul permanent;

o) paguble cauzate de incapacitatea temporară de muncă, participarea la călătorie, excursii, bornarea biletelor și hotelului etc.;

p) tratarea bolilor venerice, SIDA, precum și altor boli provocate de HIV infecție;

q) tratarea traumelor primite în rezultatul participării la competiții sportive si/sau practicarea de către Asigurat a tipurilor de sport cu nivelul sporit de risc (alpinism, hipism, schiuri acvatice, turism acvatic, schiuri de munte,

diving, freestyle, etc., numai dacă Asiguratul nu a informat Asigurătorul despre aceasta până la data încheierii contractului de asigurare și nu a achitat prima de asigurare suplimentară;

r) tratarea maladiilor infecțioase, care au putut fi prevenite din timp prin vaccinare și/sau constituie urmări de încălcare a măsurilor de profilaxie-carantină, de către Asigurat, cu excepția infecției virale cu virusul SARS-Cov-2 (COVID-19), declarată pandemie de către Organizația Mondială a Sănătății la 11 martie 2020;

s) influența directă sau indirectă a radiației solare;

t) tratamentul sau decesul Asiguratului ca urmare a accidentului de circulație în cazul în care Asiguratul nu posedă permis de conducere sau era sub influența băuturilor alcoolice, a substanțelor narcotice, toxice, sau în cazul când el cunoștea acestea, și călătorea într-un mijloc de transport auto, care era condus de o persoană fără permis de conducere sau se afla sub influența băuturilor alcoolice, substanțelor narcotice sau toxice;

u) cheltuieli pentru comodități și confort suplimentar, cum ar fi: salon de l sau 2 paturi, televizor telefon, aer conditional, serviciile de frizerie, masaj, taxi precum și serviciile medicului șef sau a unor specialiști invitați;

v) tratarea în staționar, cheltuielile pentru transportarea sau repatrierea Asiguratului în țara cu domiciliul permanent, dacă aceasta nu a fost coordonată cu Asigurătorul sau Compania de asistență;

w) compensarea pagubelor morale.

Plata despăgubirilor de asigurare se achită conform unuia din variantele următoare:

• prin achitarea de către Asigurător a facturilor prezentate de Compania de asistență privind compensarea cheltuielilor, suportate în legătură cu cazul de asigurare concret, în modul și în baza condițiilor contractului, încheiat între părți;

• prin compensarea cheltuielilor suportate de Asigurat (Persoana asigurată) în legătură cu cazul asigurat concret, dacă Persoana asigurată a achitat personal toate cheltuielile.

Lista actelor obligatorii, care confirmă survenirea cazului asigurat și cuantumul cheltuielilor suportate:

• Contractul de asigurare (Polița);

• Actele, care confirmă faptul, data prestării serviciilor medicale, locul și circumstanțele în care a avut loc cazul asigurat cu indicarea maladiei, tipul tratamentului, serviciile medicale sau de alt gen prestate, prevăzute de prezentele Condiții de asigurare. Actele de confirmare pentru cheltuielile de tratament urmează să conțină numele, prenumele și anul nașterii pacientului;

• Originalul certificatului-cont al Instituției medicale privind primirea tratamentului și plata serviciilor medicale cu indicarea familiei pacientului, diagnoza, data adresării după ajutor medical, durata tratamentului, specificarea serviciilor acordate și costul lor, cu indicarea termenilor concreți a prestării serviciilor date;

• Rețete pentru medicamentele prescrise, în care trebuie să fie clar indicat numele, prenumele pacientului și a medicului, denumirea medicamentului prescris, la care trebuie să fie anexate cecurile corespunzătoare, care au ștampila farmaciei și nota despre achitare. În caz de tratament stomatologic în cont urmează să fie indicată descrierea dinților bolnavi și tratamentul efectuat;

• Actele, care confirmă cheltuielile pentru repatrierea Asiguratului în țara cu domiciliul permanent pentru prelungirea tratamentului (facturile de cheltuieli, documente de călătorie, concluziile medicale referitor la maladie și posibilitatea transportării Asiguratului);

• Actele, care confirmă cheltuieli pentru repatrierea corpului neînsuflețit al Asiguratului (facturile cu cheltuielile cu descifrarea serviciilor, certificatul oficial de deces și concluziile medicale referitor la cauza decesului Asiguratului);

• Documentul ce atestă Beneficiarul asigurării sau actul ce confirmă dreptul la moștenire – în cazul decesului Asiguratului.

• Facturile pentru convorbirile telefonice legate de anunțarea cazului asigurat.

Acoperirea de asigurare pentru diagnosticarea, tratamentul și consecințele SARS-Cov-2 (COVID-19) coronavirus (în cazurile în care se aplică coeficientul corespunzător)

a) Sunt stabilite următoarele limite ale sumei asigurate pentru acoperirea de asigurare Sars-Cov-2 (COVID-19), care sunt incluse în suma de asigurare din Contractul de bază:

1. 1.000 EUR/USD - Ucraina
2. 3.000 EUR/USD – Turcia, Egipt, Tunisia, CSI, Georgia
3. 5.000 EUR/USD – Europa (inclusiv spațiul Schengen), Israel, China, India, Thailanda, Insulele Maldive, Indonezia, Emiratele Arabe Unite, Tanzania, Rep. Dominicană, Mexic, Cuba, Singapore, Malaezia, Sri-Lanca.

b) Prima de asigurare va fi majorată cu coeficientul aferent riscului de infectare cu virusul SARS-Cov-2 (COVID-19), care a fost stabilit additional la Tabelul Primelor de Asigurare de bază aferente asigurării medicale pentru persoanele care călătoresc în străinătate.

c) Asigurătorul despăgubește daunele cauzate în urma survenirii riscului asigurat (infectării cu SARS-Cov-2 (COVID-19)) după cum urmează:

1. Cheltuielile suportate de Asigurat pentru efectuarea testului primar (nu mai mult de 2 ori), pentru depistarea infectării cu SARS-Cov-2 (COVID-19), în cazul apariției simptomelor specifice virusului SARS-Cov-2 (COVID-19) și doar în urma prescripției medicului curant.
2. Cheltuielile suportate de asigurat pentru tratamentul ambulatoriu în limita sumei asigurate SARS-Cov-2 (COVID-19) și/sau aflarea în staționar în decurs de 7 zile (incusiv, nu mai mult de 3 zile în Secția de Terapie Intensivă).

d) Asigurătorul nu acoperă riscul SARS-Cov-2 (COVID-19), în cazul nerespectării de către Asigurat a măsurilor de carantina și a altor măsuri legate de prevenirea și combaterea infecției cu virusul de tip SARS-Cov-2 (COVID-19) în țara de origine, atât și în țara aflării temporare.

Dispoziții finale

În cazul neachitării de către Asigurător a cererilor de rambursare înaintate de către Compania de asistență, cel din urmă are dreptul de a depune în instanță, o cerere de rambursare a tuturor cheltuielilor suportate direct Asiguratului. În timpul furnizării serviciilor de asistență prin Compania de asistență, ultima se consideră a fi succesorul legal al Asiguratului până la rambursarea integrală a costurilor serviciilor care i-au fost furnizate în toate drepturile și acțiunile cu privire la toate persoanele. Imediat ce Asigurătorul va transfera despăgubirea de asigurare Companiei de asistență pentru serviciile furnizate Asiguratului, Companiei de asistență va inceta să mai fie succesor legal al Asiguratului.

Acordul Asiguratului de a încheia contractul de asigurare în baza condițiilor propuse este confirmat prin achitarea primei de asigurare. Prin achitarea contractului de asigurare Asiguratul confirmă, că a luat cunoștință de Condiții de asigurare. Dovada achitării contractului de asigurare se confirmă prin cec, factură sau altă sursă de plată legală.

După plata primei de asigurare Asigurătorul este obligat să remită Asiguratului poliță și contractul de asigurare fizic sau prin alte surse de internet (e-mail, viber s.a. surse de comunicare). În cazul în care contractul este încheiat prin utilizarea oricăruia mijloc electronic, la cerere Asiguratului, dacă este necesar, Asigurătorul va elibera contractul de asigurare pe suport de hârtie.

Cu condițiile și contractul de asigurare am luat cunoștință și sunt de acord.

With the conditions and insurance contract, I made the acquaintance and I agree.

С условиями и договором страхования я ознакомился и согласен. _____

Insurance contract
No. IM00000047 from 07.08.2025

A. Insurance of medical expenses (Risk category A)

Insured case is addressing the Insured (the Insured Person) outside the permanent residence after medical assistance in case of acute illness, which endangers the Insured's life and requires emergency medical assistance, health disturbance (injury) as a result of an accident, as well as the death of the insured Person, which occurred outside the permanent residence during the period of action of the insurance contract (except in the cases provided for in the article "Exceptions").

Within the limits of the insured amounts, indicated in the Insurance Policy, the Insurer compensates the expenses incurred by the Insured for outpatient and / or inpatient medical treatment, which include:

• transporting the Insured Person to the nearest urgent medical assistance point;

• being stationary;

• cost of medicines and dressing material; · physiotherapeutic procedures;

• roenghenoscopia;

• reanimation, surgery, including assistance, anesthesia and the use of the operating room.

B. Insurance of medical expenses and additional risks, unforeseen expenses (Risk category B)

The insurance conditions of the contract of category "B" completely include the conditions of the insurance contract of category "A" and in addition the insurance conditions for unforeseen expenses. Insured case are the additional (unforeseen) expenses of the Insured (the Insured Person) outside the country of permanent residence, related to the provision of emergency dental care, acute illness and/or an accident, as well as related to the insured's (the Insured Person's) untimely return or the child in the country of permanent residence in connection with the hospitalization of the Insured or in connection with the death of a 1st degree relative (spouse, parents, children), which took place during the insurance contract action period (except of the cases, provided in the article "Exceptions").

The insurer within the limits of the insured sum pays the additional expenses:

• for the return home of children up to 15 years, who were with the Insured Person, in case of hospitalization of the Insured Person. At the same time, the Insurer reserves the right to use the tickets and, if necessary, pays extra for their use before the deadline;

• for the payment of the round-trip ticket for the 1st degree relative (spouse, parents, children) of the Insured Person, if the Insured Person is in the hospital for more than 10 days and is not accompanied by any member of the family;

• for dental emergency assistance of up to 150 EUR/USD.

The insurer not compensated the expenses of the Insured, related to:

a) aggravation and treatment of chronic diseases and their consequences, which existed and were known at the time of the conclusion of the insurance contract and required treatment until the beginning of the insurance period, as well as the consequences of accidents, which occurred until the Insured's departure from the country of permanent living. The expenses for treating these diseases are covered only if the emergency medical care was necessary to prevent the danger to life or to remove the acute pain. In this case the expenses for transport and repatriation are not compensated;

b) treatment of mental disorders and diseases, as well as those for hypnosis and psychotherapy;

c) treatment the consequences of alcohol, narcotic or toxic intoxication following the use of medical preparations, if such substances have not been prescribed by the doctor;

d) general medical examinations, as well as expenses for examination, care or treatment in connection with pregnancy, disruption of pregnancy, birth, spontaneous or therapeutic abortion, and their consequences, except for termination of pregnancy following accident or sudden illness, when abortion was inevitable;

e) dental prosthesis, including crowns and facial orthopedics, preservation and cosmetic measures, straightening of the position of the teeth;

f) expenses for auxiliary means accessories (glasses, contact lenses, hearing aids, eye prosthesis, crutches, trolley for invalids);

g) rehabilitation treatment, as well as for curative or other measures, including medicinal preparations, which are not necessary to treat the diagnosed disease. This includes: total examination of the body, examinations of prophylaxis, medical certificates and certificates, which have not been requested by the Insurer, vaccinations of protection or prophylaxis, medical preparations, which by their essence and composition are nutritious or cosmetic, or so preparations that are used by the Insured for prophylactic or customary purposes;

h) outpatient treatment in spas. This exception does not work, if during the temporary stay in the spa resort there was an acute illness or an accident occurred, in order to treat the consequences for which emergency medical assistance was needed;

i) treatment and examination by medical methods or preparation, care is not recognized and approved according to the scientific requirements;

j) curative treatment or that can intervene through care the insured application or care are applicable on his body;

k) the treatment of the Insured or the care performed by the spouse, parents or children;

l) the need for the Insured to be admitted to the hospital for care without the need for urgent medical assistance;

m) treating problems abroad, where it is possible a single cause or cause the subject of a complaint abroad;

n) treatment in the country with permanent residence;

o) damages caused by temporary incapacity for work, participate in travel, trips, ticket and hotel termination;

p) treatment of venereal diseases, AIDS, as well as other diseases caused by HIV infection;

q) treating the traumas received as a result of participating in sports competitions and/or practicing by the Insured the sports types with the high level of risk (mountaineering, horse riding, water skiing, water tourism, mountain skiing, diving, freestyle, only if the Insured has not informed the Insurer about it until the date of conclusion of the insurance contract and has not paid the additional insurance premium;

r) the treatment of infectious diseases, which could have been prevented early by vaccination and/or constitute consequences of violation of the prophylaxis-quarantine measures, by the Insured, except for viral coronavirus infection SARS-Cov-2 (COVID-19) declared pandemic by the World Health Organization from March 11, 2020;

s) the direct or indirect influence of the solar radiation;

t) the treatment or death of the Insured person as a result of the traffic accident if the Insured does not have a driving license or was under the influence of alcoholic beverages, narcotic, toxic substances, or if he knew them, and was traveling in a means of car transport, which was driven by a person without a driving license or was under the influence of alcoholic beverages, narcotic or toxic substances;

u) expenses for additional comfort and comfort, such as: lounge or 2 beds, telephone TV, air conditioning, hairdressing services, massage, taxi as well as the services of the chief doctor or some invited specialists;

v) the treatment in the stationary, the expenses for the transport or repatriation of the Insured in the country with permanent residence, if it has not been coordinated with the Insurer or the Assistance company;

w) compensation for moral damages.

The payment of insurance damages is paid according to one of the following options:

• paying by the Insurer the invoices presented by the Assistance Company regarding the compensation of expenses, incurred in connection with the concrete insurance case, in the manner and under the conditions of the contract, concluded between the parties;

• compensating the expenses incurred by the Insured (the Insured Person) in connection with the concrete insured case, if the Insured Person personally paid all the expenses.

List of compulsory documents, which confirm the occurrence of the insured case and the amount of the expenses incurred:

• Insurance contract (Policy);

• The documents, which confirm the fact, the date of the provision of the medical services,

• the place and the circumstances in which the insured case took place, Indicating the illness, the type of treatment, the medical or other services provided, provided by the present Insurance Conditions. The confirmation documents for the treatment expenses are to contain the name, surname and year of the patient's birth;

• The original of the certificate of account of the Medical Institution regarding the receipt of the treatment and the payment of the medical services with the indication of the patient's family, the diagnosis, the date of addressing after medical assistance, the duration of the treatment, the specification of the provided services and their cost, with the indication of the concrete terms of the provided services;

• Recipes for prescription medications, which must clearly indicate the name, surname of the patient and the physician, the name of the prescribed drug, to which the appropriate checks, which have the pharmacy stamp and the payment note must be attached. In the case of dental treatment, the description of the sick teeth and the treatment performed shall be indicated;

• The documents, which confirm the expenses for the repatriation of the Insured in the country with the permanent residence for the prolongation of the treatment (the expenses invoices, travel documents, the medical conclusions regarding the illness and the possibility of transporting the Insured);

• The documents, which confirm expenses for the repatriation of the insured's body (the invoices with the expenses deciphering the services, the official death certificate and the medical conclusions regarding the cause of the Insured's death);

• The document attesting the Beneficiary of the insurance or the document confirming the right to inheritance - in the case of the death of the Insured.

• Invoices for telephone calls related to the announcement of the insured case.

Insurance coverage for the diagnosis, treatment and consequences of SARS-Cov-2 (COVID-19) coronavirus (in cases where the appropriate coefficient applies)

a) The following limits of the insured sum for insurance coverage Sars-Cov-2 (COVID-19) are available, that are included in the insurance sum from the Basic Contract:

1. 1.000 EUR/USD – Ukraine
2. 3.000 EUR/USD - Turkey, Tunis, CIS countries, Georgia
3. 5.000 EUR/USD - Europe (including the Schengen area), Israel, China, India, Thailand, Maldives, Indonesia, United Arab Emirates, Tanzania, Dominican Republic, Mexico, Cuba, Singapore, Malaysia, Sri Lanka.

b) Insurance premium will be increased with coefficient associated to the risk of infection with COVID-19, that has been established additionally in the table of basic insurance premiums related to Health Insurance for persons traveling abroad.

c) Insurer compensates the damages caused by the occurrence of the insured risk (infection with COVID-19) as follows:

1. Expenses incurred by the Policyholder for performing the primary test (no more than 2 times), for detecting COVID-19 infection, in case of specific symptoms of COVID-19 virus and only following the prescription of the treating doctor.
2. Expenses incurred by the Policyholder for ambulatory treatment within the insured sum COVID-19 and / or being in hospital for 7 days (including, no more than 3 days in the Intensive Care Ward).

d) Insurer does not cover the risk of COVID-19, in case of non-compliance by the Policyholder with quarantine measures and other measures related to prevention and combating coronavirus infection both in the country of origin and in the country of temporary stay.

Final provisions

In the case of non-payment by the Insurer of the reimbursement requests submitted by the Assistance Company, the latter has the right to file in the court, a request for
reimbursement of all the expenses directly incurred by the Insured. During the provision of assistance services through the Assistance Company, the latter is considered to be the legal successor of the Insured until the full reimbursement of the costs of the services provided to them in all rights and actions regarding all persons. As soon as the Insurer transfers the insurance compensation to the Assistance Company for the services provided to the Insured, the Assistance Company will cease to be a legal successor to the Insured.

The agreement of the Insured to conclude the insurance contract based on the proposed conditions is confirmed by paying the insurance premium. By paying the insurance contract, the Insured confirms that he has read the Insurance Conditions. Proof of payment of the insurance contract is confirmed by check, invoice or other legal source of payment.

After the payment of the insurance premium, the Insurer is obliged to submit to the Insured the policy and the insurance contract physically or through other internet sources (e-mail, viber, etc. communication sources). If the contract is concluded by using any electronic means, at the request of the Insured, if necessary, the Insurer will issue the insurance contract on paper.

Semnătura Asiguratului.

Insured's signature.

Подпись застрахованного лица. _____

Договор страхования
Номер IM00000047 от 07.08.2025

A. Страхование медицинских расходов (категория риска A)

Страхованный случай-обращение Застрахованного лица за пределами постоянного место проживания для оказания медицинской помощи в случае острого заболевания, которое ставит под угрозу жизнь Застрахованного и требует неотложной медицинской помощи, нарушения здоровья (травмы) в результате несчастного случая, а также смерти Застрахованного, произошедший вне постоянного место проживания, в течение срока действия договора страхования (кроме случаев, предусмотренных в статье «Исключения»).

В пределах страховых сумм, указанных в страховом полисе, Страховщик компенсирует расходы, понесенные Застрахованным лицом на амбулаторное и / или стационарное лечение, которые включают:

• транспортировка Застрахованного лица в ближайший пункт неотложной медицинской помощи;

• пребывание в стационаре;

• стоимость медикаментов и перевязочного материала;

• физиотерапевтические процедуры;

• рентген;

• реанимация, хирургия, в том числе анестезия и пользование операционной;

B. Страхование медицинских расходов и дополнительных рисков, непредвиденных расходов (категория риска B)

Условия страхования по договору категории «B» полностью включают условия договора страхования по категории «A» и, кроме того, условия страхования от непредвиденных расходов. Страховым случаем являются дополнительные (непредвиденные) расходы Застрахованного лица за пределами постоянного место проживания, связанные с оказанием неотложной стоматологической помощи, острым заболеванием и/или несчастным случаем, а также связанные с преждевременным возвращением Застрахованного лица или ребенка в стране постоянного проживания в связи с госпитализацией.

Застрахованного или в связи со смертью родственника 1-й степени (супруга, родители, дети), который произошел в период действия договора страхования (кроме случаев, предусмотренных в статье «Исключения»).

Страховщик в пределах страховой суммы оплачивает дополнительные расходы:

• для возвращения домой детей до 15 лет, которые находились с Застрахованным лицом, в случае госпитализации Застрахованного лица. В то же время Страховщик оставляет за собой право использовать билеты и, при необходимости, доплачивает за их использование до установленного срока;

• для оплаты билета в оба конца родственнику 1-й степени (супругу, родителям, детям), если Застрахованный находится в больнице более 10 дней и не сопровождается ни одним из членов семьи;

• для оказания неотложной стоматологической помощи на сумму до 150 EUR/USD.

Страховщик не возмещает расходы Застрахованного, связанные с:

a) обострение и лечение хронических заболеваний и их последствий, которые существовали и были известны на момент заключения договора страхования и требовали лечения до начала страхового периода, а также последствий несчастных случаев, произошедших до выезда застрахованного лица из страны постоянного проживания. Расходы на лечение этих заболеваний покрываются только в том случае, если экстренная медицинская помощь была необходима для предотвращения опасности для жизни или устранения острой боли. в этом случае расходы на транспортировку и репатриацию не возмещаются;

b) лечение психических расстройств и заболеваний, а также гипноза и психотерапии;

c) лечение последствий алкогольного, наркотического или токсического опьянения после применения медицинских препаратов, если такие вещества не были назначены врачом;

d) общие медицинские осмотры, а также расходы на обследование, уход или лечение в связи с беременностью, прерыванием беременности, родами, самопроизвольным или терапевтическим абортом и их последствиями, за исключением прерывания беременности после несчастного случая или внезапной болезни, когда аборт был неизбежен;

e) зубной протез, в том числе коронки и лицевая ортопедия, консервация и косметические меры, выпрямление положения зубов;

f) расходы на вспомогательные средства аксессуары (очки, контактные линзы, слуховые аппараты, протезы глаз, костыли, тележки для инвалидов);

g) реабилитационное лечение, а также для лечебных или иных мероприятий, в том числе лекарственных препаратов, которые не требуются для лечения диагностируемого заболевания. Это включает в себя: полное обследование тела, профилактические осмотры, медицинские и сертифицированные сертификаты, которые не были запрошены страховщиком, защитные или профилактические прививки, медицинские препараты, которые по своей сути и составу являются питательными или косметическими, или такие препараты, которые являются используется Застрахованным в профилактических или обычных целях;

h) амбулаторное лечение в санаториях. Это исключение не действует, если во время временного пребывания на спа-курорте произошла острая болезнь или произошел несчастный случай, для лечения последствий, для которых потребовалась неотложная медицинская помощь;

i) лечение и обследование методами или лекарственными препаратами, которые не признаны и не утверждены в соответствии с требованиями медицинской науки;

j) лечебные процедуры или вмешательства, применяемые Застрахованным или применяемые на его теле;

k) лечение Застрахованного или уход, предоставляемый супругом, родителями или детьми;

l) необходимость госпитализации Застрахованного в больницу для оказания медицинской помощи без необходимости срочной медицинской помощи;

m) лечение за границей, если это было единственной причиной или одной из причин выезда за границу;

n) лечение в стране с постоянным проживанием;

o) ущерб, вызванный временной нетрудоспособностью, участием в поездке, поездках, прекращением действия билетов и гостиницы и т. д.;

p) лечение венерических заболеваний, СПИДа, а также других заболеваний, вызванных ВИЧ-инфекцией;

q) лечение травм, полученных в результате участия в спортивных соревнованиях и/или занятием Застрахованным видами спорта с высоким уровнем риска (альпинизм, верховая езда, водные лыжи, водный туризм, горные лыжи, дайвинг, фристайл и т. д.), только если Застрахованный не сообщил об этом Страховщику до даты заключения договора страхования и не оплатил дополнительную страховую премию;

r) лечение инфекционных заболеваний, которые могли бы быть предотвращены на ранних этапах путем вакцинации и/или являлись бы следствием нарушения Застрахованным мер профилактики и карантина, за исключением вирусной инфекции SARS-Cov-2 (COVID-19), объявленной 11 марта 2020 ВОЗ пандемией;

s) прямое или косвенное влияние солнечного излучения;

t) лечение или смерть Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованный не имеет водительских прав или находился под воздействием алкогольных напитков, наркотических, токсических веществ или если он знал об этом и путешествовал в автомобильном транспорте, которым управлял человек без водительских прав или который находился под воздействием алкогольных напитков, наркотических или токсических веществ;

u) расходы на дополнительный комфорт, такие как: палата с 1 или 2 кровати, телефон, телевизор, кондиционер, услуги парикмахера, массаж, такси, а также услуги главного врача или некоторых приглашенных специалистов;

v) лечение в стационаре, расходы на транспортировку или репатриацию Застрахованного в страну с постоянного места жительства, если это не было согласовано со Страховщиком или Ассистирующей Компанией;

w) компенсация морального вреда.

Выплата страхового возмещения производится в соответствии с одним из следующих вариантов:

• путем оплаты Страховщиком выставленных Ассистирующей компанией счетов на возмещение расходов, понесенных в связи с конкретным страховым случаем, в порядке и на условиях договора, заключенного между сторонами;

• путем возмещения расходов, понесенных Застрахованным лицом в связи с конкретным страховым случаем, если Застрахованный лично оплатил все расходы. Перечень обязательных документов, подтверждающих возникновение страхового случая и сумму понесенных расходов:

• договор страхования (полиса);

• документы, подтверждающие факт, дату предоставления медицинских услуг, место и обстоятельства, в которых произошел страховой случай, с указанием болезни, вида лечения, медицинских или других услуг, предоставляемых настоящими условиями страхования. Документы, подтверждающие расходы на лечение, должны содержать имя, фамилию и год рождения пациента;

• оригинал справки о состоянии счета медицинского учреждения относительно получения лечения и оплаты медицинских услуг с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, спецификации предоставляемых услуг и их стоимости, с указанием конкретных условий предоставляемых услуг;

• отпускаемые по рецепту лекарства, которые должны четко указывать имя, фамилию пациента и врача, название выписанного лекарства, к которому должны быть приложены соответствующие чеки с аптечной печатью и платежной запиской. В случае лечения зубов должны быть указаны описание больных зубов и проведенное лечение;

• документы, подтверждающие расходы на репатриацию Застрахованного в страну с постоянного места жительства для продления лечения (счета-фактуры, проездные документы, медицинские заключения относительно болезни и возможность транспортировки Застрахованного);

• документы, подтверждающие расходы на репатриацию тела застрахованного лица (счета-фактуры с расходами, расшифровывающие услуги, официальное свидетельство о смерти и медицинские заключения относительно причины смерти застрахованного); - документ, подтверждающий право на получение страховки, или документ, подтверждающий право на наследство - в случае смерти Застрахованного.

• счета за телефонные звонки, связанные с объявлением страхового случая.

Страховое покрытие для диагностики, лечения и последствий коронавируса SARS-Cov-2 (COVID-19) (в случаях, когда применяется соответствующий коэффициент

a) Установлены следующие лимиты ответственности для покрытия страхового риска Sars-Cov-2 (COVID-19), которые являются частью страховой суммы основного договора:

1. 1.000 EUR/USD – Украина
2. 3.000 EUR/USD – Турция, Египет, Тунис, СНГ, Грузия
3. 5.000 EUR/USD – Европа (страны Шенгенского Соглашения включительно), Израиль, Китай, Индия, Таиланд, Мальдивы, Индонезия, Объединенные Арабские Эмираты, Танзания, Доминиканская Республика, Мексика, Куба, Сингапур, Малайзия, Шри-Ланка.

b) Страховая премия будет увеличена на коэффициент риска Sars-Cov-2 (COVID-19), которая была установлена дополнительно в Таблице основных страховых премий лиц выезжающих за рубеж.

c) Страховщик возмещает расходы Застрахованного лица при наступлении страхового случая (COVID-19) следующим образом:

1. Расходы связанные с проведением первичного тестирования для выявления вируса SARS-Cov-2 (COVID-19), не более 2 раз и только по назначению лечащего врача.
2. Расходы понесенные Застрахованным лицом на амбулаторном лечение в пределах страховой суммы покрывающей риск COVID-19 и/или пребывание в стационаре в течении 7 дней (не более 3 дней пребывания в отделении интенсивной терапии включительно).

d) При покрытии рисков от COVID-19, исключаются риски, связанные с нарушением карантина в стране постоянного места жительства, а также несоблюдением карантинных или иных мер, установлянных в стране временного пребывания, в связи с вирусным заболеванием SARS-Coc-2 (COVID-19) .

Заключительные положения

В случае неуплаты Страховщиком заявлений о возмещении ущерба, представленных Ассистирующей компанией, последняя имеет право подать в суд ходатайство о возмещении всех расходов, непосредственно понесенных Застрахованным. Во время оказания услуг по оказанию помощи через Ассистирующую компанию последняя считается правопреемником Застрахованного до полного возмещения затрат на услуги, оказанные им при всех правах и действиях в отношении всех лиц. Как только Страховщик перечислит страховое возмещение Ассистирующей компании за услуги, оказанные Застрахованному, Ассистирующая Компания перестает быть правопреемником Застрахованного.

Согласие Страхователя на заключение договора страхования на предложенных условиях подтверждается уплатой страховой премии. Оплачивая договор страхования, Застрахованный подтверждает, что он ознакомился с Условиями страхования. Доказательство оплаты договора страхования подтверждается чеком, счетом-фактурой или другим законным источником платежа.

После уплаты страховой премии Страховщик обязан предоставить Застрахованному полис и договор страхования физически или через другие средства коммуникации (электронная почта, viber и т. д.). Если договор заключен с использованием любых электронных средств, по требованию Застрахованного Страховщик при необходимости оформит договор страхования на бумаге.

Din numele Asigurătorului.

On behalf of the Insurer.

От имени Страховщика.

COMPANIA DE ASIGURARE INTACT S.A. MUNICIPIUL CHIȘINĂU, CODUL FISCAL 1003600088010, CONTE DE ASIGURARE 52