

**CLAUZE CONTRACTUALE AFERENTE
POLITEI-CONTRACT DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE
PE PERIOADA CĂLĂTORIEI PESTE HOTARE**

C.A. GENERAL ASIGURĂRI S.A., denumită în continuare „Asigurător”, în persoana Directorului General care activează în baza Statutului sau a Reprezentantului Asiguratorului și Contractantul indicat în polița de asigurare, au convenit cele ce urmează:

I. DISPOZIȚII GENERALE

1.1. Prezentul contract are la baza Condițiile de asigurare facultativă *de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare* (în continuare Condiții), sunt elaborate în conformitate cu Legea Republicii Moldova cu privire la asigurări Nr. 407-XVI din 21.12.2006 alte acte normative în vigoare și sunt calificate drept „Asigurări generale”, clasa 2. „Asigurări de sănătate”.

1.2. Condițiile constituie parte indispensabilă a Contractului de asigurare facultativă *de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare*. În Contractul de asigurare pot fi stipulate și alte condiții, stabilite prin acordul comun al părților, care nu contravin actelor normative în vigoare și prezentelor Condiții de asigurare.

1.3. Asigurătorul nu încheie Contracte de asigurare în favoarea persoanelor, care la momentul perfectării Contractului:

- se află în momentul încheierii Contractului peste hotarele Republicii Moldova;
- se află la tratament în condiții de ambulatoriu/staționar;
- se află la evidență în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de fizioterapie, dermatovenerologice.

II. NOȚIUNI UTILIZATE ȘI SEMNIFICAȚIA LOR

În scopul determinării și reglementării relațiilor contractuale conform prezentelor Condiții, stabilirii drepturilor și obligațiilor părților Contractante, se utilizează următoarele noțiuni:

2.1. Asigurător – C.A. GENERAL ASIGURARIS.A., care deține dreptul de a desfășura activitatea de asigurare în baza licenței, conform căreia în schimbul primei de asigurare încasate își asumă obligația să acopere prin asigurare riscurile stipulate în prezentele Condiții.

2.2. Asigurat (persoana asigurată) – persoană fizică, în favoarea căreia a fost încheiat cu Asigurătorul Contractul de asigurare facultativă de accidente și în care obiectul asigurării, în baza Contractului încheiat, este viața, sănătatea și capacitatea de muncă a acesteia.

2.3. Contractant – persoana fizică sau juridică, care a încheiat cu Asigurătorul contractul de asigurare și s-a obligat să achite prima de asigurare. Contractantul poate fi în același timp și Asigurat, în cazul în care obiectul asigurării în baza Contractului încheiat este viața și sănătatea acestuia. În cazul asigurării familiei Contractant poate fi unul dintre soți. În cazul asigurării colective Contractant poate fi Angajatorul/Organizatorul călătoriei sau, în cazul cooperării participative, și salariatul întreprinderii/conducătorul de grup. În calitate de Asigurați (*beneficiari ai asigurării*) sunt calificați doar persoanele înscrise în „Lista persoanelor supuse asigurării facultative de asistență medicală în baza Contractului colectiv”.

2.4. Îmbolnăvire subită – Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, contractată în perioada de valabilitate a asigurării sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și necesită tratament medical de urgență pentru evitarea decesului sau deteriorării serioase a sănătății Persoanei Asigurate. În stabilirea existenței unei asemenea afecțiuni medicul Companiei de Asistență poate ține cont de localizarea geografică a Persoanei asigurate, caracterul urgenței medicale și disponibilitatea serviciilor sau mijloacelor medicale potrivite în locul respectiv.

2.5. Afecțiune Preexistentă (boală cronică) – Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului diagnosticată ca atare de către un medic, prezentă înaintea intrării în asigurare a acestuia, cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate în totalitate și se va referi la:

a) orice boală respiratorie (care afectează plămâni și respirația), boală cardiacă, accident cerebral vascular sau cancer pentru care Persoana asigurată vreodată a primit tratament (inclusiv intervenție chirurgicală, analize sau investigații efectuate de către medicul Persoanei asigurate sau un consultant/specialist, precum și medicamente prescrise);

b) orice Afecțiune pentru care Persoana asigurată a fost supusă operațiilor chirurgicale, tratamentului staționar sau investigațiilor în cadrul unui spital sau unei clinici pe parcursul ultimelor șase luni.

2.6. Accident – evenimentul subit (întâmplător) generat de un factor mecanic sau chimic provenit din afară și fără voința Asiguratului, care are ca efect vătămarea corporală, detectabilă din punct de vedere medical, invaliditatea permanentă sau decesul acestuia. În accepțiunea prezentei definiții, în scopul delimitării riscului survenit în momentul conducerii autovehiculului, se consideră „accident” și coliziunea a două sau mai multe autovehicule, produsă pe drumurile publice sau ciocnirea acestora cu un alt obstacol, răsturnarea, deraparea, incendiul, care au ca efect vătămarea corporală sau decesul Asiguratului.

2.7. Caz asigurat – riscul asigurat, prevăzut în contractul de asigurare facultativă *de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare*, a cărui producere conferă Asiguratului dreptul de a fi despăgubit de către Asigurător.

2.8. Eveniment asigurat – dereglarea sănătății Asiguratului în rezultatul unui accident, îmbolnăvirii subite, acute sau agravării maladiilor cronice în perioada de asigurare valabilă, stări care prezintă pericol pentru viață și/sau necesită intervenție medicală de urgență, afecțiuni sau stări, sau alte evenimente, care cer îngrijire medicală.

2.9. Riscuri principale asigurate – eveniment sau grup de fenomene sau evenimente viitor posibile, dar incerte, menționate în Contractul de asigurare facultativă *de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare*, stipulate în Pachetul de asigurare, producerea cărora poate genera prejudiciu persoanei asigurate. *Asigurătorul, în baza prezentelor Condiții, garantează prestația asistenței medicale prin intermediul Companiei de asistență, în conformitate cu Contractul de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, în volumul prevăzut de Pachetul de asigurare și achită despăgubiri financiare, în natură sau mixte, în cazul suportării de către beneficiarul asigurării a cheltuielilor aferente tratamentului medical administrat la dereglarea sănătății acestuia.*

2.10. Compania de asistență – partenerul Asiguratului, care a stabilit relații contractuale de colaborare în domeniul deservirii Asiguraților în momentul producerii cazului asigurat și/sau reglementării pretențiilor de despăgubire a prestatorilor de servicii medicale.

2.11. Contract de asigurare – acordul de voință liberă realizat între Asigurător și Contractant (Asigurat) prin care se stabilesc, se modifică sau se sting raporturi juridice. Contractul de asigurare se încheie în scris, în baza Cererii - Declarații de asigurare completate și stipulează drepturile, obligațiile și mecanismul de executare a acestora (*anexa nr.3*).

2.12. Pachet de asigurare – document care denumește setul de riscuri asigurate în baza prezentelor Condiții (principale și auxiliare) și volumul serviciilor medicale de care poate beneficia Asiguratul conform Contractului de asigurare încheiat.

2.13. Polița de asigurare – document prin care se confirmă încheierea contractului de asigurare facultativă de asistență medicală.

2.14. Primă de asigurare – sumă pe care Asiguratul (Contractantul) este obligat să o plătească Asiguratului la remiterea poliței de asigurare, în modul și în termenul prevăzut de contractul de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurat a riscului asigurat.

2.15. Sumă asigurată este limita maximă a răspunderii Asiguratului în cazul producerii evenimentelor pentru care s-a încheiat contractul de asigurare. Valoarea sumei de asigurare depinde de *Pachetul de asigurare solicitat și Teritoriul de asigurat*.

2.16. Tarif pentru Sport de Acordare și/sau Sport Profesionalist și/sau Munca (prestată în străinătate): prima contractuală majorată față de tariful standard pe care trebuie să o plătească Contractantul, în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, ca urmare a practicării sporturilor de acordare și/sau a sporturilor profesionale și/sau a unei activități lucrative care presupune munca fizică, activitate profesională cu risc sporit (construcții, industria grea, paza, etc).

Respectiv, Asiguratorul nu va plăti indemnizația de asigurare în următoarele situații:

a) dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unei activități din cele enumerate mai sus, dacă nu a fost selectată opțiunea "Sporturi de acordare" și/sau Sport Profesionalist și/sau Munca;

b) dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a practicării unor sporturi sau hobby-uri periculoase – sporturi extreme.

2.17. Sporturi de acordare – schi, schi nautic, snowboard, patinaj, surfing, călărie, carting, ciclism montan, rafting etc. Dacă pe perioada efectuării călătoriei Asiguratul intenționează să practice ocazional activități sportive în scop recreativ se recomandă selectarea acestei acoperiri suplimentare la încheierea poliței de asigurare.

2.18. Sport profesionalist – conform categoriilor de mai jos:

Grupa A – sportivi, asociații (echipe) de bowling, pescari, golf, badminton, popice, minigolf, dans sportiv, tir, înot, divertisment;

Grupa B – sportivi, asociații (echipe) de atletica ușoară, baschet, patinaj, canotaj, scrima, hochei pe iarbă, canoe, ciclism, role, tenis, tenis de masă, gimnastica, volei, schi nautic;

Grupa C – sportivi, asociații (echipe) atletica grea, ridicare greutăți, sanie, hochei, schi;

Grupa D – asociații (echipe) de , hipism, fotbal, handbal, polo, rugby, lupte marțiale, turism sportiv;

Enumerarea este exemplificativă și nu exhaustivă.

Dacă pe perioada efectuării călătoriei Asiguratul intenționează să practice activități sportive – cantonamente, competiții sportive de orice nivel se recomandă selectarea acestei acoperiri suplimentare la încheierea poliței de asigurare.

2.19. Munca fizică – coeficient aplicat în cazul când scopul călătoriei peste hotare al asiguratului este practicarea unei activități profesionale care presupune munca fizică cu risc sporit ca de exemplu – industria grea, paza, construcții. Enumerarea este exemplificativă și nu exhaustivă.

III. OBIECTUL ASIGURĂRII

3.1. Obiectul asigurării facultative de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare (risc principal) îl constituie interesele patrimoniale, care nu contravin legislației Republicii Moldova, corelate cu persoana Asiguratului, viața și sănătatea acestuia.

3.2. Asiguratorul, în baza Condiției de asigurare, și în conformitate cu Contractul de asigurare facultativă de *sănătate pe perioada călătoriei peste hotare încheiat* acordă protecție de asigurare de riscuri principale și/sau riscuri auxiliare, contractate și nominalizate în Polița de asigurare în perioada valabilă a protecției de asigurare și achită despăgubiri în corespundere cu clauzele contractuale.

IV. SUBIECTUL ASIGURĂRII

4.1. Subiect al asigurării facultative de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare pot fi persoane fizice, cetățeni ai Republicii Moldova, apatrizi sau străini.

4.2. În cazul asigurării persoanelor cu vârsta de 0 – 12 luni sau persoanelor cu vârsta mai mare de cât 65 ani împliniți, a cetățenilor străini fără reședință în Republica Moldova, Asiguratorul are dreptul să majoreze costul asigurării în corespundere cu rezultatul evaluării de underwriter a riscurilor preluate în asigurare.

V. EXTINDEREA TERITORIALĂ TERMENUL DE ACȚIUNE

5.1. Asigurarea facultativă de *sănătate pe perioada călătoriei peste hotare* este valabilă în afara teritoriului Republicii Moldova și a țărilor de reședință a Asiguratului, pe teritoriul indicat în polița de asigurare, după cum urmează:

Zona A	Zona B	Zona C	Zona D	Zona E
Statele spațiului ex-sovietic	TURCIA TUNISIA EGIPT	EUROPA + Statele spațiului ex-sovietic	ASIA EUROPA Statele spațiului ex-sovietic	TOATĂ LUMEA

5.2. Termenul de acțiune a asigurării poate fi în limitele de la 3 până la 365/366 zile.

VI. PROTECȚIA DE ASIGURARE (DEFINIREA CAZULUI ASIGURAT)

6.1. Asiguratorul acordă Asiguratului (*persoanelor asigurate membrii asigurați ai familiei, beneficiarilor asigurării – contract colectiv pentru asigurarea grupului de călători*) despăgubiri financiare, în natură sau mixte în cazul producerii *riscurilor principale asigurate*, denumite în p.6.2. al prezentelor Condiții și în cazul producerii *riscurilor auxiliare asigurate*, denumite în p.6.3. al prezentelor Condiții, dacă asiguratul a optat pentru aceasta protecție.

6.2. În conformitate cu clauzele Contractului de asigurare încheiat pe "*protecție de asigurare de riscuri principale*", drept caz asigurat poate fi calificată producerea evenimentelor expuse în clauza „asigurare de pierderi financiare”, denumite precum urmează:

6.2.1. Pierderi financiare legate de cheltuielile aferente tratamentului medical în cazul în care dereglarea sănătății Asiguratului, afecțiunea sau îmbolnăvirea subită are caracter acut, a survenit neașteptat, întâmplător și s-a produs în perioada de asigurare valabilă, pe teritoriul indicat în polița de asigurare, iar evenimentul, pentru înlăturarea consecințelor căruia s-a făcut asigurarea necesită asistență medicală necesară și suficientă pentru salvarea vieții sau diminuarea durerii și se limitează la:

a) asistență medicală în condiții de ambulatoriu (Policlinică, Centre Medicale) acordată ca urmare a îmbolnăvirii subite, inclusiv:

- *asistență medicală de urgență, inclusiv urgență medico-chirurgicală și servicii de ambulanță;*
- *consultația medicului generalist; anamneză; examen clinic general; examen clinic specific;*
- *consultația medicului specialist;*
- *investigații funcționale și de laborator în scopul diagnosticării maladiei sau stării acute, în conformitate cu indicațiile medicului curant;*
- *servicii de radiologie, endoscopie, ecografie, ultrasonografie, scintigrafie, radioizotopice, alte investigații necesare pentru stabilirea diagnosticului;*
- *intervenții de mică chirurgie efectuată în condiții de ambulatoriu (policlinică);*
- *tratament medicamentos, prescris de medicul curant, manopere;*
- *solicitarea medicului la locul de cazare dacă este imposibilă deplasarea la instituția medicală recomandată de către Compania de asistență;*
- *onorariul personalului medical;*

b) asistență medicală în condiții de staționar, acordată ca urmare a îmbolnăvirii subite, inclusiv:

- *spitalizare în regim de urgență;*
- *consultația medicului internist;*
- *consultațiile medicilor specialiști;*
- *tratament în condiții spitalicești inclusiv, consumabile medicale și medicamente prescrise de medicul curant pentru perioada de spitalizare, manopere, cheltuieli de cazare (hoteliere), onorariul personalului medical;*
- *investigații de laborator, diagnostice funcționale, inclusiv, radiologie, endoscopie, ecografie, ultrasonografie, scintigrafie, radioizotopice, alte investigații prescrise de către medicul curant în corespundere cu protocolul clinic;*
- *intervenții chirurgicale urgente în condiții de staționar;*
- *anestezie locală, loco-regională sau generală;*
- *asistență medicală în secții specializate de terapie intensivă și reanimare;*

c) asistența medicală acordată ca urmare a acutizării unei afecțiuni preexistente (a unei boli cronice) se limitează la măsuri de urgență pentru salvarea vieții asiguratului sau măsuri ce urmăresc calmarea durerii acute, în limita maximă de 500 EUR în conformitate cu documentația și concluziile medicale care atestă starea de urgență.

6.2.2. Pierderi financiare legate de evacuarea medicală în cazul accidentării sau îmbolnăvirii, care include și se limitează la transportarea Asiguratului cu ambulanța sau alt mijloc de transport specializat la o altă instituție medicală pentru tratarea vătămării corporale sau a maladiei subite de care suferă acesta, în condițiile în care Asiguratului nu-i poate fi garantată îngrijire medicală adecvată stării sănătății în instituția în care este internat și acest fapt pune în pericol viața Asiguratului, realizată în limitele sumei asigurate.

6.2.3. Pierderi financiare legate de repatrierea medicală în cazul accidentării sau îmbolnăvirii care include și se limitează la transportarea Asiguratului de peste hotare cu ambulanța (sau alt mijloc de transport specializat) în Republica Moldova sau la cea mai apropiată de domiciliu instituție medicală și asistența persoanei însoțitoare, dacă o asemenea însoțire este indicată în corespundere cu prescripția medicului curant. Cheltuielile de repatriere se includ în suma despăgubirilor legate de producerea evenimentului asigurat și nu depășesc limitele sumei asigurate.

6.2.4. Pierderi financiare legate de repatrierea post-mortem – Cheltuielile reale, aprobate de Asigurător, legate de transportarea corpului neînsuflit al Asiguratului ca urmare a decesului acestuia în cazul accidentării sau îmbolnăvirii subite, care include și se limitează la:

a) Cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de neecropsia decedatului, dacă aceasta este obligatorie în corespundere cu protocolul clinic sau a altor acte normative ale țării în care s-a produs decesul;

b) Cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de îmbalsămarea corpului neînsuflit al Asiguratului, necesară și suficientă pentru a fi transportat în Republica Moldova, efectuată în corespundere cu cerințele transportatorului sau a altor acte internaționale;

c) Cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de costul secriului și al cutiei de transportare a corpului neînsuflit în Republica Moldova;

d) Cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de completarea documentelor de însoțire aferente transportării corpului neînsuflit în Republica Moldova;

e) Cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de îmbarcarea în transport (aerian, terestru, maritim) a corpului neînsuflit în Republica Moldova;

f) Cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de transportarea corpului neînsuflit în Republica Moldova;

6.2.5. Pe lângă Excluderile prevăzute în capitolul VII ale prezentelor condiții, **Asiguratorul**, în corespundere cu protecția „**Asigurarea de riscuri principale**” nu despăgubește prin asigurare și, respectiv, **nu compensează cheltuielile** aferente serviciilor medicale, **evacuarea medicală în cazul accidentării sau îmbolnăvirii, repatrierea medicală în cazul accidentării sau îmbolnăvirii și repatrierea post-mortem** prestate pentru și/ sau care sunt consecința a:

a) tratamentul alcoolismului, toxicomaniei, narcomaniei sau a consecințelor directe ale acestora;

b) tratamentul stomatologic, cu excepția tratamentului stomatologic de urgență (în cazul achitării costului serviciilor prestate pe urgență stomatologică din cont propriu al Asiguratului, limita maximă de protecție de asigurare pentru aceste cazuri este de **150 euro**);

c) tratamentul ortopedic, inclusiv utilizarea dispozitivelor ortopedice și a tehnicilor ortopedice;

d) tratamentul ortodontic, prepararea sau repararea danturii artificiale, aplicarea coronițelor, aplicarea sau repararea punțiilor, tratamentul chirurgical maxilo-facial sau stomatologic planificat;

e) tratamentul traumelor, îmbolnăvirilor sau otrăvirilor și consecințele acestora suportate de Asigurat în stare de ebrietate alcoolică, narcotică sau toxică, comiterea premeditată a unei crime, tentative de sinucidere, automutilare, cu excepția cazurilor când Asiguratului i-a fost provocată o asemenea stare de spirit prin acțiuni ilegale ale unor terțe persoane;

f) tratamentul maladiilor infecțioase: hepatite A,B,C,D,E, tuberculoza, TORCH –infecțiile, micozele, scabia, pediculoza și alte maladii stipulate în Acordurile interstatale în vigoare;

g) tratamentul maladiilor sexual transmisibile inclusiv HIV/SIDA și complicațiile acestora, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare, gonoree, sifilis, trihomoniaza, mycoplasma;

h) tratamentul maladiilor legate de invaziile parazitare: giardioza, ascaridoza, oxiuroza, toenioza, cysticercоза, diphyllobotrioză, sparganoza etc.), alte maladii stipulate în Acordurile interstatale în vigoare;

i) maladiilor oncologice, inclusiv hemoblastozelor, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare a acestora;

j) maladiilor psihice și complicațiilor lor, diverse traumatisme și maladii somatice provenite din cauza maladiilor psihice;

k) tuberculozei, sarcoidozei, mucoviscidozei, colagenozelor, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;

l) insuficienței renale cronice, care necesită efectuarea hemodializei,

m) insuficienței hepatice cronice;

n) dereglărilor sexuale, sterilității, inseminării artificiale, contracepției;

o) maladiilor ereditare și anomaliilor congenitale, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;

p) diabetului zaharat și complicațiilor acestuia;

q) afecțiunilor actinice acute și cronice;

de asemenea, Asiguratorul nu compensează cheltuielile aferente:

r) tratamentului planificat al maladiilor cronice inclusiv, chirurgii planificate, cunoscute sau ne cunoscute de care suferă Asiguratul, tratate sau netratate anterior momentului încheierii Contractului de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, inclusiv tratamentul maladiilor la etapa de asistență medicală de ambulatoriu cu excepția cazurilor când această asistență a fost acordată în legătură cu durerile acute sau în scopul salvării vieții Asiguratului;

s) tratamentului de reabilitare, homeopatic, reflexoterapeutic, terapie manuală sau tratamentului cu caracter experimental;

t) transplantului de celule, țesuturi și organe;

u) intervențiilor chirurgicale pe cord, angiografie, aplicarea stentului, By-pas (angioplastie) aorto-coronariană;

v) procedurilor și intervențiilor chirurgicale cosmetice și plastice, protezării cosmetice/plastice, schimbării sexului;

w) monitorizării sarcinii și complicațiilor acesteia;

x) asistenței medicale la naștere și complicațiile acesteia **cu excepția** unor complicații subite, care pun în pericol viața gravidei și/sau fătului în perioada de graviditate de **până la 30 săptămâni** și vârsta gravidei până la 38 ani. Asiguratorul va acoperi cheltuielile medicale suportate nemijlocit pentru înlăturarea acestui pericol;

y) chiuretajelor sau mini-avorturilor, dacă acestea nu reprezintă o consecință a unui accident sau o necesitate de urgență;

z) aplicării protezelor medicale de orice gen inclusiv, protezarea vasculară;

aa) aflării în staționar pentru beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare;

ab) corecției vederii, tratamentul chirurgical a miopiei, hipermetropiei, astigmatismului, procurării sau reparării ochelarilor, lentilelor de contact;

ac) procurării sau reparării dispozitivelor și aparatelor medicale (mijloacelor de transport, stimuloare cardiace, orice aparat implant temporar sau definitiv).

ad) tratamentul antiviral;

ae) tratamentul de reabilitare și/sau curativ-sanatorial;

af) tratamentul medical în cazul în care persoana asigurată a întreprins călătoria în străinătate cu scopul beneficierii de servicii medicale pentru tratamentul unei boli preexistente: o boală sau afecțiune de care asiguratul și/sau familia sa are cunoștință înaintea intrării în vigoare a protecției de asigurare precizate în prezentele Condiții sau tratamentul aplicat pentru consecințele traumatismului de muncă sau bolii profesionale;

ag) tratamentul chimio și/sau radio-terapeutic;

ah) tratamentul imuno-modulator;

ai) dezinfectie, vaccinare profilactică, expertize medicale și investigații instrumentale și/sau de laborator, dacă acestea nu reprezintă consecința directă a accidentului sau îmbolnăvirii subite acute;

aj) prestarea confortului suplimentar în salon, și anume: salon cu câteva camere separate, televizor, telefon, aparat de condiționare și umezire a aerului suplimentare, serviciile coaforului, masorului, cosmetologului, etc.

ak) tratamentul administrat fără coordonarea cu Compania de asistență sau Asigurătorului;

al) tratamentul administrat după expirarea perioadei de asigurare valabilă sau tratamentul administrat la revenirea în Republica Moldova sau țara de reședință;

am) control medical profilactic sau de rutină, screening medical.

6.2.6. La producerea riscului principal asigurat Asiguratul sau persoana care reprezintă interesele acestuia, în conformitate cu înscrisurile Contractului încheiat și Poliței de asigurare remise:

a) va înștiința, prin apel telefonic Compania de asistență notificată în Polița de asigurare nominală perfectată sau Asigurătorul (numerele telefonice sunt înscrise în Polița de asigurare), privind producerea evenimentului asigurat.

b) se va identifica prin:

- denumirea companiei de asigurare a cărei deținător de Poliță este;

- nume, prenume;

- seria și numărul poliței de asigurare;

- evenimentul produs;

- adresa și numărul de telefon la care poate fi contactat Asiguratul;

- termenii perioadei de asigurare;

c) în cazul în care este imposibil de respectat ordinea acțiunilor menționate mai sus (până la consultul medicului sau la spitalizare) Asiguratul sau persoana care-i reprezintă interesele, este obligat să comunice despre survenirea cazului asigurat Companiei de asistență sau să înștiințeze Asigurătorul la telefonul indicat în Polița de asigurare în cel mai scurt timp dar nu mai târziu de 72 de ore din momentul adresării la medic. În cazul în care Compania de asistență sau Asigurătorul nu sunt informate de către Asigurat, la numerele de telefon și fax furnizate, în termen de maxim 72 ore și nu există documente care să justifice întârzierea informării acestora, Asigurătorul va plăti cheltuielile medicale și de transport ale Asiguratului datorate unui accident sau unei îmbolnăviri, până la o sumă maximă de **500 EUR**, dacă evenimentul se consideră caz asigurat;

Extensie: Indiferent de stipulările prezentelor Condiții de asigurare, în situația când este periclitată viața Asiguratului, Asiguratul sau oricare altă persoană care-i reprezintă interesele, trebuie să organizeze transportarea de urgență cu

toate mijloacele posibile în cea mai apropiată instituția medicală, iar apoi să anunțe Asigurătorul sau Compania de asistență.

d) În cazul în care Asiguratul nu notifică compania de asistență sau Asigurătorul privind producerea evenimentului asigurat până la finele tratamentului medical (asigurare de riscuri principale) Asigurătorul este în drept să ceară explicații în scris privind situația creată și își rezervă dreptul de a adopta decizia definitivă privind compensarea cheltuielilor suportate;

e) În cazul care Asiguratul, din motive obiective nu apelează la Compania de asistență și achită personal costul prestației medicale, acesta depune Asigurătorului (în oficiul central al Companiei), timp de 30 zile calendaristice de la reînțocare în Moldova, Cererea de despăgubire la care anexează în mod obligatoriu:

• originalul Poliței de asigurare sau copia acestora;

• originalul contului (facturii) remis de instituția medicală (pe blancheta firmei sau cu ștampila respectivă);

• extrasul medical de la medicul/instituția prestatoare de servicii în care se indică familia pacientului, diagnosticul, data solicitării asistenței medicale, durata tratamentului, nomenclatorul serviciilor prestate cu descifrarea acestora după date și cost, suma totală pentru plată;

• rețetele prescrise de medic în legătură cu accidentul sau maladia suportată (în original, ștampilate de farmacie cu indicarea costului medicamentului procurat);

• originalul documentelor de confirmare a plăților pentru tratament, medicamente și alte servicii (ștampila care confirmă plata, recipisa de încasare a banilor în numerar sau recipisa bancară în care se indică suma pentru transfer);

• pașaportul internațional și copia acestuia;

• copia Buletinului de identitate;

• alte documente, după caz.

f) Pentru a reglementa pretențiile de despăgubire în baza asigurării de risc principal „repatriere post-mortem”, persoana care reprezintă Asiguratul trebuie să anunțe Compania de asistență sau Asigurătorul despre survenirea riscului asigurat. Timp de 30 zile calendaristice de la repatriere în Moldova ruiele Asiguratului trebuie să depună cererea de Despăgubire întocmită în baza cheltuielilor suportate pe cont propriu de ruiele apropiate a Asiguratului, și se vor anexa:

• documentul ce certifică decesul;

• certificat oficial care atestă cauza decesului;

• în caz de accident, documentele referitoare la circumstanțele decesului;

• certificatul de deces;

• documentele ce confirmă cheltuielile menționate în lit. a) p. 6.2.4.a prezentelor Condiții de asigurare;

• alte documente, după caz.

6.3. În conformitate cu clauzele Contractului de asigurare încheiat, protecția de riscuri principale poate fi suplinită cu „**protecție de asigurare de riscuri auxiliare**” care se indica în polița de asigurare.

6.4. Protecția de asigurare de riscuri principale începe la ora 00.00 a primei zile din perioada de asigurare, înscrisă în polița de asigurare, dar nu înainte de traversarea hotarului Republicii Moldova (trecerea se autentifică de către serviciile de frontieră).

6.5. Protecția de asigurare încetează la ora 24.00 a ultimei zile din perioada asigurată, înscrisă în Polița de asigurare sau în momentul intrării în spațiul Moldovei în perioada de asigurare facultativă de sănătate în călătoria peste hotare valabilă.

VII. EVENIMENTE EXCLUSE DIN PROTECȚIA DE ASIGURARE

7.1. Asigurătorul, nu oferă protecție de asigurare și, respectiv, nu despăgubește prejudiciul cauzat direct sau indirect, rezultat „din” sau „în legătură cu” sau care contribuie, sau este rezultat al:

a) instituirii stării de război; război civil; revoluție sau stării excepționale

b) invaziei; intervenției străine;

c) ostilității militare (declarată sau nedeclarată), rebeliunii, insurecției;

d) tulburării în mase, care au proporții de răzcoala;

e) instaurării puterii militare sau uzurpării puterii;

f) contaminării biologice sau chimice;

g) exploziei proiectilelor, bombelor, grenadelor, fiind consecința oricărui act de terorism;

h) înrolării în forțe armate sau angajare în serviciu în alte formațiuni militare;

i) participării active la acte de terorism sau război.

7.2. Asigurătorul nu-și asumă obligații prin asigurare și, respectiv, nu achită despăgubiri sau sume asigurate în cazul în care Asiguratul, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, comite acțiuni calificate de organele de drept crimă sau infracțiuni care au determinat producerea Cazului asigurat.

7.3. Asigurătorul nu-și asumă obligații prin asigurare și, respectiv, nu achită despăgubiri sau sume asigurate în cazul în care Asiguratul, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, comite acțiuni care au determinat producerea cazului asigurat sau sunt cauza survenirii acestuia și, anume:

a) a falsificat datele în Cererea – declarație de asigurare perfectată;

b) nu a informat Compania de asistență (partenerul Asigurătorului) sau a informat întârziat despre producerea evenimentului asigurat dacă starea sănătății permitea comunicarea verbală și a beneficiat de servicii medicale sau alte servicii ca exemplu: evacuare, repatriere sau tratament în staționar cu durata mai mare de 10 zile, prestat în legătură cu îmbolnăvirea subită sau accidentarea Asiguratului, fără informarea Asigurătorului și consimțământul acestuia privind validarea contractului și acoperirea cheltuielilor;

c) a practicat activități profesionale cu risc sporit, sporturi de agrement sau profesionist, a participat la competiții, cantonamente, antrenamente sportive, fapt care a condus la producerea riscului asigurat (excepție – declararea acestui fapt și aplicarea coeficienților de majorare la calculul primei de asigurare în momentul încheierii Contractului);

d) s-a intoxicat cu alcool, droguri, medicamente sau substanțe toxice, administrate contra indicații ale normelor sanitare și de protecție;

e) suferă de consecințele tentativei de suicid;

f) a pilotat sau a călătorit pe unitatea de transport, alta de cât de rută (avion, iaht, autovehicul de curse), cu excepția cazurilor în care a călătorit în calitate de pasager pe bordul transportatorului civil, dirijat de un pilot profesionist sau alt specialist licențiat;

g) a fost înrolat în forțe armate sau angajat în serviciu în alte formațiuni militare;

h) a participat activ la acte de terorism sau război.

7.4. Nu se califică drept „Caz asigurat” (dacă nu există alte prevederi contractuale) și, se subînțelege că, asigurarea dată exclude compensarea cheltuielilor legate direct sau indirect „de”, rezultate „din” sau „fiind în legătură cu” situațiile, care au contribuit sau contribuie la producerea riscului asigurat (inclusiv dereglarea stării sănătății Asiguratului) în caz de acțiune directă sau indirectă a energiei nucleare.

7.5. Asigurătorul nu plătește sume asigurate și /sau despăgubiri de asigurare în cazul în care interesul asigurării este ilicit sau prejudiciul suferit este cauzat sau este consecință acestuia.

7.6. Refuzul Asigurătorului de a plăti despăgubirea sau suma asigurată poate fi contestat de către Asigurat (Contractant) în instanța de judecată.

7.7. Dacă Asigurătorul susține că în sensul acestei excluderi, orice cheltuieli nu sunt acoperite de această asigurare, sarcina de a demonstra contrariul îi revine Asiguratului.

VIII. SUMA ASIGURATĂ

8.1. Asigurarea facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare stipulează suma asigurată în echivalent bănesc, valoarea căruia se clasează în dependență de extinderea teritorială a asigurării (vezi tabelul de tarife de asigurare) și poate fi negociată la momentul încheierii contractului de asigurare.

8.2. Suma asigurată este obligația financiară maximală a Asigurătorului față de Asigurat, reprezentată în cuantum (suma asigurată pentru protecția de riscuri principale și sumele asigurate pentru asigurare de riscuri auxiliare), exprimată în valută forte – euro, negociată în momentul încheierii Contractului de asigurare și înscrisă în Polița de asigurare în rubrica „Suma asigurată”.

8.3. Suma asigurată la asigurarea facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare se stabilește per persoană.

8.4. Suma asigurată se stipulează în Polița (Contractul) de asigurare și se înscrie în polița de asigurare nominală remisă Asiguratului.

8.5. Suma asigurată reprezintă limita maxima de despăgubire care nu poate fi mai mică decât baremul minim aprobat de Asigurător și anume:

Limite de răspundere per persoană	Extindere teritorială				
	Zona A	Zona B	Zona C	Zona D	Zona E
Suma Asigurată Totală Inklusiv:	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR	50 000 EUR
▪ Cheltuieli medicale ▪ Evacuare medicală ▪ Repatriere medicală	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR	50 000 EUR
▪ Repatriere post-mortem	2 000 EUR	3 000 EUR	4 500 EUR	5 000 EUR	7 000 EUR

8.6. Sumele asigurate indicate în Polița (Contractul) de asigurare (pentru asigurarea de riscuri principale și/sau de riscuri auxiliare) se diminuează cu cuantumul plăților anterioare, în cazul în care Asiguratul sau Beneficiarul asigurării au fost despăgubiți pentru riscurile produse.

IX. PRIMA DE ASIGURARE

9.1. Prima de asigurare reprezintă suma pe care Asiguratul este obligat să o plătească Asigurătorului, la eliberarea poliței de asigurare, în modul și termenul prevăzut de Contractul de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat.

9.2. Prima de asigurare în echivalent bănesc se calculează în baza tarifului de asigurare valabil la momentul încheierii Contractului de asigurare. Valoarea calculată în valută forte se recalculează în valută națională în baza ratelor de schimb a valutei forte, stabilite de Banca Națională a Moldovei la data încheierii Contractului de asigurare.

9.3. Primele și tarifele de asigurare sunt calculate de Asigurător. Mărimea concretă a tarifului de asigurare se stabilește în Contractul de asigurare prin acordul comun al părților.

9.4. Mărimea primei de asigurare calculată pentru protecția de riscuri principale și riscuri auxiliare poate fi majorată prin aplicarea coeficienților de majorare în cazul asigurării persoanelor încadrate în activități cu risc sporit

sau diminuată prin aplicarea rabatului tehnic (contracte familiale, contracte colective – asigurarea grupului de turiști sau asigurarea grupului de copii).

9.5. Valoarea primei de asigurare reprezentată prin cuantumul primelor de asigurare calculate pentru protecția de riscuri principale și primele de asigurate de riscuri auxiliare se înscrie în Polița (Contractul) de asigurare în rubrica „Prima de asigurare”.

9.6. Prima de asigurare se achită integral, în mod unic, în numerar sau prin virament, în cazul în care Contractul de asigurare nu stipulează altfel.

9.7. Plata primei de asigurare se face integral, la sediul Asigurătorului sau a reprezentanților săi dacă în Contractul de asigurare nu se prevede altfel.

9.8. Dovada plății primei de asigurare o va face Asiguratul, înscris constatator fiind orice document probator al plății, prevăzut de legislația în vigoare.

9.9. Răspunderea pentru neachitarea la timp și în volum deplin a primelor de asigurare o poartă Contractantul (Asiguratul).

X. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

10.1. Asiguratul (Contractantul) are dreptul să procure protecție de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, care poate cuprinde în asigurare protecția de asigurare de riscuri principale și protecție de asigurare de riscuri auxiliare.

10.2. Asiguratul, în baza Contractului de asigurare încheiat, în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare, are dreptul:

a) să ia cunoștință de prezentele Condiții de asigurare;

b) să încheie Contracte de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare în calitate de Contractant în favoarea terțelor persoane (Contracte colective) sau în favoarea membrilor familiei sale (Contract familial) sau, pentru sine însuși (Contract individual) în baza prezentelor Condiții de asigurare;

c) să beneficieze de servicii aferente evenimentului produs în corespundere cu prezentele Condiții de asigurare în cazul în care evenimentul a fost calificat drept „caz asigurat”;

d) să înainteze reclamații de despăgubire sau achitare a sumei asigurate la producerea cazului asigurat;

e) să beneficieze de despăgubiri de asigurare, achitate în corespundere cu rezultatele constatării cazului asigurat sau consecințele acestuia;

f) să primească, în cazul pierderii Contractului de asigurare, duplicatul acestuia, cu achitarea costului formularului nou emis;

g) să inițieze procedura de reziliere a Contractului.

10.3. În cazul în care Contractant al asigurării este altă persoană decât Asiguratul, Contractantul are aceleași obligații ca și cele atribuite Asiguratului în baza Contractului încheiat, iar dreptul său se limitează la:

- a) încheierea Contractului de asigurare în favoarea terților și achitarea primei de asigurare aferente;
- b) inițierea procedurii de reziliere a Contractului de asigurare, dacă se respectă condiția: valabilitatea Contractului nu a expirat iar „Asiguratul /ții, în perioada de valabilitate a asigurării, precedând momentului rezilierii nu a/au beneficiat de despăgubiri de asigurare în baza acestui Contract”;
- 10.4. Asiguratul (Contractantul) este obligat:**
- a) să fie prezent în persoană la întocmirea Cererii – declarații de asigurare și/ sau să completeze personal declarația de asigurare;
- b) să acorde Asigurătorului posibilitatea de a verifica circumstanțele aferente asigurării în baza prezentelor Condiții;
- c) să achite prima de asigurare în cuantumul calculat în baza tarifelor de asigurare în vigoare la momentul încheierii Contractului, în termenele stabilite – până la plecarea în călătorie respectiv, până la începerea perioadei de asigurare;
- d) să asigure păstrarea documentelor perfectate de către părțile implicate în relațiile contractuale;
- e) să respecte prescripțiile medicului și a companiei de asistență/Asiguratorului, legate de reglementarea cazului asigurat;
- f) să informeze Asigurătorul, la momentul încheierii Contractului de asigurare și /sau în perioada de valabilitate a Contractului, despre toate circumstanțele esențiale referitoare la riscul asigurat sau modificarea împrejurărilor care îl influențează. Se consideră a avea importanță acele împrejurări periculoase, care ar putea influența decizia Asigurătorului privind încheierea Contractului de asigurare;
- g) să acorde Asigurătorului posibilitatea de a verifica circumstanțele privind derularea asigurării în baza prezentelor Condiții;
- h) să acorde Asigurătorului dreptul de a verifica starea sănătății Asiguratului sau persoanelor asigurate în baza Contractului de asigurare încheiat;
- i) să informeze Asigurătorul despre producerea riscului asigurat îndată ce s-a aflat despre aceasta, iar în cazuri independente de voință păgubitului (*stare gravă a sănătății, lipsa rețelei de telefon, etc.*) – în decurs de cel mult 30 de zile calendaristice din data adresării la medic sau reîntoarcere în Republica Moldova;
- j) să urmeze și să respecte prescripțiile medicului curant;
- k) să absolve medicii instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de reprezentanții Asigurătorului în raport cu starea sănătății lui, date solicitate în cadrul procedurii de constatare a cazului asigurat;
- l) să întreprindă acțiuni dependente de el pentru a evita producerea cazului asigurat sau pentru a limita pagubele cauzate de producerea acestuia;
- m) să informeze în scris Asigurătorul despre faptul pierderii Poliței sau a Contractului de asigurare remise.

10.5. Contractantul (persoană juridică) are obligația:

- a) să furnizeze, prin intermediul persoanei autorizate, informații autentice, adecvate realității, utilizate ulterior în procesul luării deciziei privind asigurarea, completând în acest sens Declarația de asigurare;
- b) să prezinte Lista-declarație a la data încheierii Contractului de asigurare, menționând numele și prenumele acestora, codul de identitate, riscul/rile asigurate, valoarea sumei asigurate, perioada de protecție de asigurare.

XI. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

11.1. Asigurătorul, în conformitate cu prezentele Condiții de asigurare și în baza Contractului încheiat prestează Asiguratului (Contractantului) protecție de asigurare de riscuri principale, legate de dereglarea sănătății, soldate cu cheltuieli de asistență medicală sau tratamentul medical administrat Asiguratului și de riscuri auxiliare.

11.2. Asigurătorul garantează:

- a) confidențialitatea, în raport cu persoanele asigurate;
- b) organizarea prestației serviciilor medicale oportune în timp și volum către Asigurați în caz de accidentare sau îmbolnăvire subită, acută;
- c) protecție de asigurare de riscuri auxiliare, în cazul în care această protecție a fost procurată de către Contractant.

11.3. În corespundere cu prezentele Condiții de asigurare **Asigurătorul are dreptul:**

- a) să încheie contracte de asigurare facultativă de *sănătate pe perioada călătoriei peste hotare* cu persoane fizice, cetățeni ai Republicii Moldova și apatrizi sau cu persoane juridice, în baza Declarației de asigurare, completate personal de către Asigurat (Contractant);
- b) să estimeze veridicitatea datelor reflectate în Declarația de asigurare precum și respectarea de către Asigurat a clauzelor contractuale;
- c) să achite despăgubiri în mărime de până la – 500 euro, în cazul în care Asiguratul a beneficiat de servicii medicale și a achitat personal (*în numerar*) costul prestației fără informarea imediată a Asigurătorului privind producerea evenimentului asigurat sau fără a coordona preventiv cu Asigurătorul sau Compania de asistență, dacă cazul este considerat drept caz asigurat în baza prezentelor condiții;
- d) să solicite, în caz de necesitate, pentru evaluarea riscurilor preluate în asigurare, până la încheierea Contractului de asigurare, efectuarea unui examen medical a persoanelor supuse asigurării;
- a) să verifice informația prezentată în Cererea-declarație privind riscurile de asigurare;
- b) să refuze încheierea Contractului de asigurare în baza evaluării de underwriting a riscurilor de asigurat;

- c) să aplice coeficienți de majorare a tarifului la calculul primei de asigurare în baza informațiilor privind solicitantul asigurării sau riscurile pentru care se optează protecție de asigurare de riscuri principale sau riscuri auxiliare, reflectate în Cererea-declarație de asigurare;
- d) să aplice rabatul tehnic la calculul primei de asigurare;
- e) să controleze îndeplinirea de către Contractant (Asigurat) a cerințelor și prevederilor Contractului de asigurare;
- f) să supună expertizei medicale și documentare atât diagnosticile stabilite Asiguratului cât și tratamentul indicat în cazul reglementării reclamațiilor pe protecția de riscuri principale;
- g) să modifice sau rezilieze Contractul de asigurare în conformitate cu prevederile art. 18; 19; ale prezentelor Condiții.
- 11.4. Asigurătorul este obligat:**
- a) să familiarizeze Contractantul (Asiguratul) cu prezentele Condițiile de asigurare;
- b) să elibereze Asiguratului Polița de asigurare după încasarea primei de asigurare;
- c) să contribuie la acordarea oportună și calitativă a asistenței medicale și / sau consultative Asiguratului/ților la survenirea cazului asigurat, în baza prezentelor Condiții de asigurare și în conformitate cu Contractul încheiat;
- d) să achite despăgubiri sau sume asigurate în conformitate cu decizia de reglementare a pretenției de despăgubire adoptată;
- e) să aperse interesele Asiguraților în ceea ce ține de prestarea serviciilor de asistență la timp, în volum deplin și calitativ.

XII. SITUAȚIA DE FORȚĂ MAJORĂ

12.1. Neexecutarea obligațiilor contractuale sau executarea lor în mod necorespunzător nu poate fi imputată părților contractante în cazul în care aceasta este cauzată de evenimente de forță majoră, care nu puteau fi prevăzute la data încheierii contractului sau dacă părțile n-au putut împiedica apariția acestora sau înlăturarea efectelor lor. Ca evenimente de forță majoră vor fi considerate:

- a) acțiuni militare de orice natură;
- b) calamități naturale;
- c) explozii, incendii;
- d) orice alt eveniment ce nu poate fi controlat de către părți.
- 12.2.** Partea ce invocă evenimentele de forță majoră este obligată în decurs de 3 zile de la apariția evenimentului invocat să notifice partea opusă despre apariția evenimentului.
- 12.3.** În cazul apariției evenimentelor de forță majoră, termenele de executare a obligațiilor contractuale se vor prelungi pentru o perioadă suplimentară egală cu perioada în care se desfășoară evenimentele de forță majoră.

XIII. VALABILITATEA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

13.1. Contractul de asigurare facultativă de asistență medicală este acordul de liberă voință, realizat între Asigurat și Asigurător, prin care se stabilesc, se modifică sau se sting raporturile juridice.

13.2. Contractul de asigurare se încheie pentru perioada indicată în polița de asigurare și intră în vigoare la ora 00.00 a zilei ce urmează după ziua în care a fost încasată prima de asigurare în contul Asigurătorului.

13.3. Contractul poate fi modificat sau reziliat numai în conformitate cu clauzele sale ori prin acordul părților, dacă legea nu prevede altfel.

13.4. Modificarea clauzelor Contractului de asigurare se efectuează prin acordul scris al părților, confirmat prin semnăturile și ștampilele părților contractante.

13.5. Oricare dintre părți – Asiguratul (Contractantul) sau Asigurătorul, are dreptul să inițieze procedura de reziliere a contractului de asigurare încheiat, până la expirarea termenului de valabilitate a acestuia prin notificarea în scris a părții opuse cu o anticipație de 30 zile calendaristice până la data rezilierii.

13.6. Contractul de asigurare poate fi reziliat din inițiativa Asigurătorului în cazul în care în privința unei împrejurări importante s-a făcut o mențiune inexactă. Rezilierea este exclusă în cazul în care inexactitatea era cunoscută Asigurătorului sau mențiunea a fost făcută inexact fără vina Asiguratului. În asemenea caz Asigurătorul poate rezilia contractul doar în decurs de 1 (una) lună din momentul când a luat cunoștință despre inexactitate.

Asigurătorul reziliază Contractul de asigurare din proprie inițiativă în decursul unei luni din momentul în care a luat cunoștință de împrejurările ce îi dau dreptul la rezilierea contractului și anume:

a) se va confirma că Asiguratul a falsificat datele prezentate în Cererea-declarație sau a transmis altei persoane Polița sa de asigurare pentru utilizarea acesteia ca mijloc de protecție a cheltuielilor de tratament a acestei persoane sau a comis fraude cu scopul de a beneficia de protecție prin asigurare (în formă de compensații pentru cheltuieli suportate);

b) se va constata că persoana asigurată prin comportamentul său (abuz de alcool, consum de droguri, substanțe toxice) în perioada de asigurare valabilă își provoacă daune sănătății sporind riscul de asigurare de riscuri principale.

13.7. Rezilierea se efectuează prin declarație scrisă iar prima de asigurare achitată se va restitui plătitorului acesteia fără careva rețineri.

13.8. Asigurătorul reziliază Contractul de asigurare din inițiativa Asiguratului (Contractantului) în decursul a cel mult 30 zile în cazul în care termenul de asigurare nu a expirat și Asigurătorul nu a achitat sume asigurare sau despăgubiri de asigurare în baza Contractului supus rezilierii.

13.9. În cazul rezilierii Contractului de asigurare prima de asigurare achitată se va restitui plătitorului acesteia în valoare diminuată. Asigurătorul va reține cuantumul calculat din costul asigurării pentru perioada expirată a Contractului de asigurare și valoarea cheltuielilor de gestiune ale Asigurătorului.

13.10. Contractului de asigurare încetează de drept prin acordul amiabil al părților, precum și:

a) La neachitarea de către Asigurat a primei de asigurare în mărimea și în termenul stabilit;

b) La expirarea termenului său de acțiune (la ora 24.00 a ultimei zile a termenului de asigurare);

c) La îndeplinirea de către Asigurător a obligațiilor contractuale;

d) La lichidarea Asiguratului – persoană juridică sau la decesul asiguratului - persoană fizică;

e) La lichidarea Asigurătorului, în modul stabilit de lege;

f) În alte cazuri prevăzute de lege.

13.11. Contractul de asigurare este nul în cazurile prevăzute de legislație sau dacă a fost încheiat:

a) În condiții care contravin legislației în vigoare și /sau defavorizează situația Asiguratului în raport cu legislația în vigoare;

b) Asupra unor bunuri declarate ca fiind obținute ilicit, sechestrate sau arestate ori care urmează a fi confiscate în temeiul unei ședințe judecătorești definitive.

c) Cu o persoană neautorizată să încheie contracte în numele Asigurătorului;

d) După producerea riscului asigurat pentru care contractul de asigurare prevede plata despăgubirii de asigurare;

13.12. În cazul nulității absolute a contractului de asigurare, Asigurătorul restituie integral Asiguratului primele de asigurare încasate.

XIV. PRELUAREA DE CĂTRE ASIGURATOR A DREPTURILOR ASIGURATULUI (SUBROGAREA)

14.1. Asiguratorul, plătind despăgubirea de asigurare (prejudiciul real), preia, în limitele acestei sume, dreptul la creanță, dreptul la care asiguratul sau o altă persoană, care a încasat despăgubirea de asigurare, îl deține în raport cu o terță persoană, responsabilă de producerea pagubei.

14.2. Dacă asiguratul va încasa o parte din pagubă de la persoana terță, vinovată de producerea cazului asigurat, asiguratorul este scutit de plata acelei părți din despăgubire.

14.3. În cazul în care asiguratului i-a fost compensată de către persoana vinovată toată paguba pricinuită sau există o hotărâre definitivă a instanței de judecată de încasarea a pagubei de la persoana vinovată, asiguratorul este absolvit de plata despăgubirii de asigurare.

XV. JURISDICȚIA SOLUȚIONĂRII LITIGIILOR

15.1. Litigiile apărute în legătură executarea Contractului de asigurare se vor soluționa de către părți pe cale amiabilă iar în cazul neaterării unui acord în acest sens – se vor soluționa în instanța de judecată competentă în ordinea stabilită de legislația Republicii Moldova.

15.2. Până la depunerea cererii de chemare în judecată partea respectivă este obligată să înainteze pretenție celeilalte părți cu motivare corespunzătoare.

15.3. Pretenția și răspunsul la aceasta trebuie să fie expediate prin poștă (recomandat) sau transmise prin curier cu confirmarea înmânării.

15.4. Parte căreia îi este înaintată pretenția are obligația în termen de 30 zile să răspundă la cerințele înaintate. Termenul acordat pentru răspuns începe să curgă din momentul primirii pretenției.

15.5. Pretențiile pot fi înaintate în termen de 60 zile lucrătoare din momentul apariției divergenței.

УСЛОВИЯ ПОЛИСА КОНТРАКТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

C.K. GENERAL ASIGURĂRI A.O. далее именуемая „Страховщик” в лице генерального директора действующего на базе Устава или в лице представителя Страховщика и **Лицо, заключившее договор страхования**, указанное в страховом полисе, согласились о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Условия добровольного страхования *здоровья на время поездки за границу* (в дальнейшем - Условия), разработаны в соответствии с Законом Республики Молдова «О страховании» №407-XVI от 21.12.2006 г., другими действующими нормативными актами и квалифицируются как «Общее страхование», класс 2. «Страхование здоровья».

1.2. Условия являются неотъемлемой частью Договора добровольного страхования *здоровья на время поездки за границу*. В Договоре страхования могут быть предусмотрены и другие условия, установленные по взаимному согласению сторон, не противоречащие действующим нормативным документам и настоящим Условиям страхования.

1.3. Страховщик не заключает Договоры страхования в пользу лиц, которые в момент оформления Договора:

- находятся в момент заключения Договора за пределами Республики Молдова;
- находятся на амбулаторном/стационарном лечении;
- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, фтизиатрических, дермато-венерологических диспансерах.

II. ИСПОЛЪЗУЕМЫЕ ПОНЯТИЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ

В целях определения и регулирования договорных отношений в соответствии с настоящими Условиями, установления прав и обязанностей Договаривающихся сторон, используются следующие понятия:

2.1. Страховщик – СК «GENERAL ASIGURĂRI» АО, обладающая правом осуществления страховой деятельности на основе лицензии, согласно которой взамен на полученную страховую премию обязуется покрыть страхованием риски, предусмотренные настоящими Условиями.

2.2. Страхователь (застрахованное лицо) – физическое лицо, в пользу которого со Страховщиком заключен Договор добровольного страхования от несчастных случаев и в котором объектом страхования, на основе заключенного Договора, является его жизнь, здоровье и трудоспособность.

2.3. Лицо, заключившее договор страхования – физическое или юридическое лицо, которое заключило со Страховщиком договор страхования и обязалось уплатить страховую премию. Лицом, заключившим договор страхования, может быть одновременно и Страхователь, если Объектом страхования по заключенному Договору является его жизнь и здоровье. В случае страхования семьи лицом, заключившим договор страхования, может быть один из супругов. В случае коллективного страхования лицом, заключившим договор страхования, может быть Работодатель/Организатор поездки или, в случае сотрудничества путем участия, и работник предприятия/руководитель группы. Страхователями (*выгодоприобретателями страхования*) считаются только лица, внесенные в «Список лиц, подлежащих добровольному медицинскому страхованию по Коллективному договору».

2.4. Внезапное заболевание – органическое или функциональное изменение нормального состояния здоровья Страхователя, диагноз которого поставлен врачом-специалистом, полученное в период действия страхования или проявившееся впервые в период действия страхования, и требующее неотложного медицинского лечения во избежание смерти или серьезного ухудшения здоровья Застрахованного лица. При установлении наличия такого заболевания, врач Страховой компании может учесть географическое месторасположение Застрахованного лица, характер неотложного медицинского случая и доступность подходящих медицинских услуг или средств в соответствующем месте.

2.5. Имевшееся ранее заболевание (хроническая болезнь) – любая болезнь, повреждение в результате несчастного случая или другое медицинское состояние Страхователя, диагноз которого поставлен врачом до его вступления в страхование, за исключением полностью вылеченных острых заболеваний, и касающееся:

а) любого респираторного заболевания (поражающего легкие и дыхание), болезни сердца, инсульта или рака, по поводу которого Застрахованное лицо получало когда-либо лечение (в том числе хирургическую операцию, анализы или обследования, проведенные врачом Застрахованного лица или консультантом/специалистом, а также прописанные лекарства).

б) любого заболевания, по поводу которого Застрахованное лицо подвергалось хирургическим операциям, стационарному лечению или обследованию в больнице или клинике за последние шесть месяцев.

2.6. Несчастный случай – внезапное (случайное) событие, вызванное внешним механическим или химическим фактором, не по воле Страхователя, которое привело к телесному повреждению, подлежащему

медицинскому выявлению, к постоянной инвалидности или к его смерти. В смысле настоящего определения, в целях установления риска, наступившего в момент управления автотранспортным средством, считающегося «несчастным случаем» и столкновение двух или нескольких автотранспортных средств, произошедшее на общественных дорогах, либо их столкновение с препятствием, переворот, занос, пожар, которые приводят к телесным повреждениям или смерти Страхователя.

2.7. Страховой случай – страховой риск, предусмотренный в договоре добровольного страхования *здоровья на время поездки за границу*, наступление которого дает Страхователю право на получение возмещения от Страховщика.

2.8. Страховое событие – нарушение здоровья Страхователя в результате несчастного случая, острого, внезапного заболевания или ухудшения хронических заболеваний в период действия страхования, - состояний, представляющих угрозу жизни и/или требующих срочного медицинского вмешательства; заболевания или состояния, или события, требующие медицинской помощи.

2.9. Основные страховые риски – событие или группа явлений или событий, возможные в будущем, но неопределенные, указанные в Договоре добровольного страхования *здоровья на время поездки за границу*, оговоренные в Страховом пакете, наступление которых может причинить ущерб Застрахованному лицу. *Страховщик, на основании настоящих Условий, гарантирует оказание медицинской помощи через ассистанс, в соответствии с Договором добровольного страхования здоровья на время поездки за границу, в объеме, предусмотренном Страховым пакетом, и выплачивает финансовые возмещения, в натуральной форме или комбинированные, в случае оплаты выгодоприобретателем страхования расходов на медицинское лечение, полученное при нарушении его здоровья.*

2.10. Ассистанс – партнер Страховщика, который установил договорные отношения сотрудничества в области обслуживания Страхователей в момент наступления страхового случая и/или урегулирования требований по выплате возмещений поставщикам медицинских услуг.

2.11. Договор страхования – добровольное соглашение, заключаемое между Страховщиком и лицом, заключившим договор страхования (Страхователем), которым устанавливаются, изменяются или погашаются правоотношения. Договор страхования заключается в письменном виде, на основании заполненного Заявления-Декларации о страховании, и предусматривает права, обязанности и механизм их исполнения (*приложение № 3*).

2.12. Страховой пакет – документ, указывающий набор страховых рисков, на основе настоящих Условий (основных и дополнительных), и объем медицинских услуг, которые может получить Страхователь по заключенному Договору страхования.

2.13. Страховой полис – документ, которым подтверждается заключение договора добровольного медицинского страхования (*приложение п.4*).

2.14. Страховая премия – сумма, которую Страхователь (лицо, заключившее договор страхования), обязан уплатить Страховщику при выдаче страхового полиса, в порядке и в срок, предусмотренный договором страхования, взамен на принятие Страховщиком страхового риска.

2.15. Страховая сумма – максимальный предел ответственности Страховщика в случае наступления событий, на которые заключен договор страхования. Размер страховой суммы зависит от запрошенного *Страхового пакета* и категории медицинского учреждения.

2.16. Тариф для Любительских видов спорта и/или Профессиональных Спортсменов и/или Работа (за рубежом): страховая премия увеличивается по сравнению со стандартной премии если за время поездки страхователь планирует заниматься любительским спортом и/или участвовать в спортивных соревнованиях или тренировках / или заниматься профессиональной деятельности, которая предполагает физический труд и желает страховать риски, указанные в полисе как следствие деятельности.

Соответственно, Страховщик не будет выплачивать страхового возмещения в следующих случаях:

а) если страховой риск произошел в результате занятия из числа вышеуказанных, если не была выбрана опция **Любительские виды спорта и/или Профессиональных Спортсменов и/или Работа**;

б) если страховой риск произошел в результате занятия опасными видами спорта или хобби – экстремальными видами спорта.

2.17. Любительские виды спорта - лыжи, водные лыжи, сноуборд, катание на коньках, серфинг, верховая езда, картинг, горный велосипед, рафтинг и т.д. Если в период совершения поездки Страхователь намерен иногда заниматься спортом с целью отдыха, рекомендуется выбрать это дополнительное покрытие при заключении страхового полиса.

2.18. Профессиональные спортсмены, согласно представленным ниже категориям:

Группа А – спортсмены, объединения (команды) по боулингу, рыбалке, по гольфу, бадминтону, кеглям, мини-гольфу, спортивным танцам, стрельбе, плаванию, развлечениям;

Группа В – спортсмены, объединения (команды) по легкой атлетике, баскетболу, катанию на коньках, баскетболу, фехтованию, хоккею на

траве, каноэ, велоспорту, роликам, настольному теннису, гимнастике, волейболу, водным лыжам;

Группа С – спортсмены, объединения (команды) по тяжелой атлетике, поднятию тяжестей, санному спорту, хоккею, лыжам;

Группа D – объединения (команды) по конному спорту, футболу, гандболу, поло, регби, боевым искусствам, спортивному туризму;

Перечисление дано в качестве примера и не является исчерпывающим.

2.19. Работа – коэффициент применяется если цель поездки за границу предполагает профессиональное деятельность связанное с физическим трудом и повышенном страховом риске – работа в тяжелой промышленности, в сфере безопасности, строительства и т.д. Перечисление дано в качестве примера и не является исчерпывающим

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного страхования здоровья на время поездки за границу (основным риском) являются **имущественные интересы**, которые не противоречат законодательству Республики Молдова, соотношенные с личностью Страхователя, его жизнью и здоровьем.

3.2. Страховщик, на основе настоящих Условий страхования и в соответствии с заключенным Договором добровольного страхования здоровья **на время поездки за границу**, предоставляет страховую защиту от основных рисков и/или дополнительных рисков, по которым заключен договор и которые перечислены в Страховом полисе, в период действия страховой защиты, и выплачивает возмещения в соответствии с условиями договора.

IV. СУБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Субъектом добровольного страхования здоровья на время поездки за границу могут быть физические лица, граждане Республики Молдова, лица без гражданства или иностранные граждане.

4.2. В случае страхования лиц в возрасте 0-12 месяцев или лиц старше полных 65 лет, иностранных граждан – нерезидентов Республики Молдова, Страховщик вправе повысить стоимость страховки в соответствии с результатом андеррайтинговой оценки принимаемых на страхование рисков.

V. ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ПОКРЫТИЕ. СРОК ДЕЙСТВИЯ

5.1. Добровольное страхование **здоровья на время поездки за границу** действует за пределами территории Республики Молдова и стран проживания Страхователя, на территории, указанной в страховом полисе, следующим образом:

Zona A	Zona B	Zona C	Zona D	Zona E
Страны бывшего СССР	ТУРЦИЯ ТУНИС ЕГИПТ	ЕВРОПА Страны бывшего СССР	АЗИЯ ЕВРОПА Страны бывшего СССР	ВСЕ СТРАНЫ МИРА

5.2. Срок действия страхования может быть в пределах от 3 до 365/366 дней.

VI. СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА

(определение страхового случая).

6.1. Страховщик предоставляет Страхователю (*застрахованным лицам застрахованным членам семьи, выгодоприобретателям страхования – коллективный договор страхования группы пассажиров*), **финансовые возмещения, в натуральной форме или комбинированные**, в случае наступления **основных страховых рисков**, указанных в п.6.2. настоящих Условий, и в случае наступления **дополнительных страховых рисков**, указанных в п. 6.3. настоящих Условий, если страхователь выбрал эту защиту.

6.2. В соответствии с условиями Договора страхования, заключенного для **«страховой защиты от основных рисков»**, как *страховой случай* может квалифицироваться наступление событий, перечисленных в условии «страхование финансовых убытков», указанных в следующем порядке:

6.2.1. Финансовые убытки, связанные с расходами на медицинское лечение в случае, когда нарушение здоровья Страхователя, болезнь или внезапное заболевание носят острый характер, наступило неожиданно, случайно, и произошло в период действия страхования, на территории, указанной в страховом полисе, а событие, для устранения последствий которого оформлено страхование, требует необходимой и достаточной медицинской помощи для спасения жизни или снижения боли, и ограничивается:

а) медицинской помощью в амбулаторных условиях (Поликлиника, Медицинские центры), оказанной в результате внезапного заболевания, в том числе:

- срочная медицинская помощь, в том числе срочная медико-хирургическая помощь и услуги кареты скорой помощи;
- консультация врача общего профиля: анамнез; общий клинический осмотр; специфический клинический осмотр;

- *консультация врача-специалиста;*
- *функциональные и лабораторные исследования для определения диагноза острого заболевания или состояния, в соответствии с указаниями лечащего врача;*
- *услуги рентгена, эндоскопии, эхографии, УЗИ, сцинтиграфии, радиоизотопные, прочие исследования, необходимые для постановки диагноза;*
- *мелкие хирургические вмешательства, проводимые в амбулаторных условиях (поликлинике);*
- *лекарственное лечение, прописанное лечащим врачом, процедуры;*
- *вызов врача в место проживания, если невозможен проезд в медицинское учреждение, рекомендованное ассистансом;*
- *гонорар медицинскому персоналу;*

б) медицинской помощью в условиях, стационара, оказанной в результате внезапного заболевания, в том числе:

- *срочная госпитализация;*
- *консультация врача-интерниста;*
- *консультации врачей-специалистов;*
- *лечение в больничных условиях, в том числе медицинские расходные материалы и лекарства, прописанные лечащим врачом на период госпитализации, процедуры, расходы на проживание (гостиничные), гонорар медицинскому персоналу;*
- *лабораторные, диагностические функциональные исследования, в том числе рентген, эндоскопия, эхография, УЗИ, сцинтиграфия, радиоизотопные, прочие исследования, назначенные лечащим врачом в соответствии с клиническим протоколом;*
- *срочные хирургические операции в условиях стационара;*
- *местная, местно-регионарная или общая анестезия;*
- *медицинская помощь в специализированных отделениях интенсивной терапии и реанимации;*

с) медицинской помощью, оказанной в результате обострения ранее имевшегося заболевания (хронической болезни), ограничиваются неотложными мерами по спасению жизни страхователя или мерами, направленными на снятие острой боли, в пределах максимум 500 ЕВРО в соответствии с медицинскими документами и заключениями, свидетельствующими о неотложном состоянии.

6.2.2. Финансовые убытки, связанные с медицинской эвакуацией в случае несчастного случая или внезапного заболевания, которые включают и ограничиваются доставкой Страхователя каретой скорой помощи или другим специальным транспортным средством в другое медицинское учреждение для лечения телесных повреждений или

внезапного заболевания, которым он страдает, в условиях, когда Страхователю не может быть гарантирована медицинская помощь, адекватная состоянию его здоровья, в том учреждении, в которое он госпитализирован, и это ставит под угрозу жизнь Страхователя, выполняемая в пределах страховой суммы;

6.2.3. Финансовые убытки, связанные с медицинской репатриацией в случае несчастного случая или внезапного заболевания, которые включают и ограничиваются доставкой Страхователя из-за границы каретой скорой помощи (или другим специальным транспортным средством) в Республику Молдова или в ближайшее к дому медицинское учреждение, и помощь сопровождающего лица, если такое сопровождение назначено в соответствии с предписанием лечащего врача. Расходы по репатриации включаются в сумму возмещений, связанных с наступлением страхового события, и не превышают пределов страховой суммы;

6.2.4. Финансовые убытки, связанные с посмертной репатриацией – Фактические расходы, утвержденные Страховщиком, связанные с доставкой тела Страхователя в результате его смерти в от несчастного случая или внезапного заболевания, которые включают и ограничиваются ими:

- а) Фактические расходы, но не выше страховой суммы за этот риск, связанные со вскрытием умершего, если оно обязательно в соответствии с клиническим протоколом или другими нормативными актами страны, где наступила смерть;**
- б) Фактические расходы, но не выше страховой суммы за этот риск, связанные балъзамированием тела Страхователя, необходимым и достаточным для его доставки в Республику Молдова, проведенным в соответствии с требованиями перевозчика или других международных документов;**
- с) Фактические расходы, но не выше страховой суммы за этот риск, связанные со стоимостью гроба и ящика для перевозки тела в Республику Молдова,**
- д) Фактические расходы, но не выше страховой суммы за этот риск, связанные с заполнением сопроводительных документов для доставки тела в Республику Молдова,**
- е) Фактические расходы, но не выше страховой суммы за этот риск, связанные с посадкой на транспорт (воздушный, наземный, морской) тела доставки в Республику Молдова,**
- ф) Фактические расходы, но не выше страховой суммы за этот риск, связанные с доставкой тела в Республику Молдова,**

6.2.5. Помимо исключений, предусмотренных в главе VII настоящих условий,

Страховщик, в соответствии с защитой «Страхование основных рисков» не возмещает путем страхования и, соответственно, **не компенсирует** расходы на медицинские услуги, **медицинский вывоз при наступлении несчастного случая или внезапного заболевания, медицинскую репатриацию при наступлении несчастного случая или заболевания, и посмертную репатриацию,** оказанные и/или возникшие в результате:

- а) лечения алкоголизма, токсикомании, наркомании или их прямых последствий;**
- б) стоматологического лечения, за исключением срочного стоматологического лечения (в случае оплаты Страхователем за свой счет стоимости оказанных срочных стоматологических услуг, предельный лимит страховой защиты по этим случаям составляет 150 евро),**
- с) ортопедического лечения, в том числе применения ортопедических устройств или ортопедических техник;**
- д) ортодонтического лечения, изготовления или ремонта искусственных зубов, наложения коронок, вставки или ремонта мостов, планового челюстно-лицевого хирургического лечения или стоматологического лечения;**
- е) лечения травм, заболеваний или отравлений и их последствий, перенесенных Страхователем в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, умышленного совершения преступления, попыток самоубийства, самоубийства, кроме случаев, когда такое намерение Страхователя было вызвано незаконными действиями третьих лиц;**
- ф) лечения инфекционных заболеваний: гепатитов А,В,С,Д,Е, туберкулеза, TORCH – инфекций, микозов, чесотки, педикулеза и других заболеваний, предусмотренных в действующих Международных соглашениях;**
- г) лечения заболеваний, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа и их осложнений, независимо от клинической формы и степени развития, гонореи, сифилиса, трихомониаза, микоплазмы;**
- h) лечения заболеваний, связанных с инвазиями паразитов: гiardоз, аскаридоз, оксиуроз, тениоз, цистистеркоз, дифиллоботриоз, спарганоз и др.), прочих заболеваний, предусмотренных в действующих Международных соглашениях;**
- и) онкологических заболеваний, в том числе гемобластозов, независимо от их клинической формы и степени развития;**
- j) психических заболеваний и их осложнений, различных травм и психических заболеваний, возникших из-за психических заболеваний;**
- к) туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза, коллагенозы, независимо от их клинической формы и степени развития;**

l) хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа,
m) хронической печеночной недостаточности;
n) половых нарушений, бесплодия, искусственного оплодотворения, контрацепции;
o) наследственных заболеваний и врожденных патологий, независимо от их клинической формы и степени развития;
p) сахарного диабета и его осложнений;
q) острых и хронических актинических заболеваний;
также, Страховщик не компенсирует расходы, связанные с:
г) плановым лечением хронических заболеваний, в том числе, плановыми хирургическими вмешательствами по поводу заболеваний, известных или неизвестных, которыми страдает Страхователь, леченые или нелеченые до момента заключения Договора добровольного страхования здоровья на время поездки за границу, в том числе лечением заболеваний на этапе амбулаторной медицинской помощи за исключением случаев, когда эта помощь была оказана в связи с острой болью или с целью спасения жизни Страхователя;
с) реабилитационным, гомеопатическим, рефлексотерапевтическим лечением, мануальной терапией или экспериментальным лечением;
т) трансплантацией клеток, тканей и органов;
u) хирургическими операциями на сердце, ангиографией, вставкой шунта, аорто-коронарным шунтированием Ву-рас (ангиопластика);
v) косметическими и пластическими хирургическими процедурами и операциями, косметическим/пластическим протезированием, изменением пола;
w) наблюдением беременности и ее осложнений;
x) медицинской помощи при родах, **за исключением** внезапных осложнений, создающих угрозу жизни беременной и/или плода в период беременности **до 30 недель** и при возрасте беременной **до 38 лет**. Страховщик покрывает медицинские расходы, понесенные непосредственно на устранение этой угрозы;
y) чистой или мини-абортами, если они не являются последствиями несчастного случая или неотложной необходимостью;
z) наложением любого рода медицинских протезов, в том числе, сосудистым протезированием;
aa) пребыванием в стационаре для получения попечительской и реабилитационной помощи;
ab) исправлением зрения, хирургическим лечением близорукости, гиперметропии, астигматизма, приобретением или ремонтом очков, контактных линз;

ac) приобретением или ремонтом медицинских устройств и аппаратов (транспортных средств, кардиостимуляторов, любого временно или окончательно имплантированного устройства);

ad) антивирусным лечением;

ae) реабилитационным и/или лечебно/санаторным лечением;

af) медицинским лечением в случае, когда застрахованное лицо совершило поездку за границу с целью получения медицинских услуг по лечению ранее имевшейся болезни: болезни или заболевания, о котором страхователь и/или его семья знали до вступления в силу страховой защиты, уточненной в настоящих Правилах, или лечением, полученным по поводу последствий производственной травмы или профессиональной болезни;

ag) химио- и/или радиотерапевтическим лечением;

ah) иммуномодулирующим лечением;

ai) дезинфекцией, профилактическим вакцинированием, медицинскими экспериментами и инструментальными и/или лабораторными исследованиями, если они не являются прямым последствием несчастного случая или внезапного острого заболевания;

aj) созданием дополнительного комфорта в палате, а именно: палата с несколькими отдельными комнатами, телевизор, телефон, дополнительный кондиционер и увлажнитель воздуха, услуги парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;

ak) лечением, полученным без согласования с ассистансом или Страховщиком;

al) лечением, полученным по истечении действия страхового периода или лечением, полученным после возвращения в Республику Молдова или страну проживания;

am) профилактической или обычной медицинской проверкой, медицинским скринингом;

6.2.6. При наступлении основного страхового риска Страхователь или лицо, представляющее его интересы, в соответствии с документами заключенного Договора и выданного Страхового полиса:

a) извещает телефонным звонком ассистанс, указанный в оформленном именном Страховом полисе или Страховщика (номер телефонов указаны в Страховом полисе), о наступлении страхового события.

b) подтверждает свою личность, назвав:

- наименование страховой компании, Полисом которой владеет;
- фамилию, имя;
- серию и номер страхового полиса,
- наступившее событие;

- адрес и номер телефона, по которому можно связаться со Страхователем;

- сроки страхового периода.

с) в случае, когда последовательность вышеуказанных действий невозможно соблюсти (до консультации врача или при госпитализации), Страхователь или лицо, представляющее его интересы, обязан сообщить о наступлении страхового случая в ассистанс или известить Страховщика по телефону, указанному в Страховом полисе, в кратчайшее время, но не позднее чем через 72 часа с момента обращения к врачу. В случае, когда ассистанс или Страховщик не уведомляются Страхователем по предоставленным номерам телефона или факса в течение максимум 72 часов, и нет документов, оправдывающих задержку их уведомления, Страховщик оплачивает медицинские и транспортные расходы Страхователю, возникшие из-за несчастного случая или заболевания, до максимальной суммы **500 ЕВРО**, если событие считается страховым случаем;

Расширение: Независимо от требований настоящих Условий страхования, в случае угрозы жизни Страхователя, Страхователь или любое другое лицо, представляющее его интересы, должно организовать срочную доставку всеми возможными средствами в ближайшее медицинское учреждение, а затем сообщить Страховщику или в ассистанс.

d) В случае уведомления Страхователем ассистанса или Страховщика о наступлении страхового события до окончания медицинского лечения (страхование основных рисков) Страховщик вправе потребовать письменных разъяснений по поводу создавшейся ситуации и оставляет за собой право принять окончательное решение о возмещении понесенных расходов.

e) В случае, когда Страхователь, по объективным причинам, не обращается в ассистанс и лично оплачивает стоимость медицинской услуги, он подает Страховщику (в главный офис Компании), в течение 30 календарных дней после возвращения в Молдову, Заявление о выплате возмещения, к которому прилагает в обязательном порядке:

- оригинал Страхового полиса или его копию;
- оригинал счета (фактуры), выписанного медицинским учреждением (на фирменном бланке с соответствующей печатью);
- медицинскую справку от врача/учреждения, оказавшего услуги, в котором указывается фамилия пациента, диагноз, дата обращения за медицинской помощью, продолжительность лечения, перечень оказанных услуг с их расшифровкой по дате и стоимости, общая сумма к оплате;

- выписанные врачом рецепты в связи с перенесенным несчастным случаем или заболеванием (в оригинале, с печатью аптеки с указанием стоимости приобретенного лекарства);
- оригинал документов о подтверждении платежей за лечение, лекарства и другие услуги (печать, подтверждающая оплату, квитанция о получении денег наличными или банковская квитанция, в которой указывается сумма перевода);
- заграничный паспорт и его копию;
- копию Удостоверения личности;
- другие документы, при необходимости.

f) Для урегулирования требований о выплате возмещений на основе страхования основного риска «посмертная репатриация», лицо, представляющее Страхователя, должно известить ассистанс или Страховщика о наступлении страхового риска. В течение 30 календарных дней после репатриации в Молдову, родственники Страхователя должны подать заявление о выплате возмещений на основе расходов, понесенных за свой счет близкими родственниками Страхователя, и с приложением:

- документа, подтверждающего смерть;
- официальной справки, подтверждающей причину смерти;
- при несчастном случае - документов об обстоятельствах смерти;
- свидетельства о смерти
- документов, подтверждающих расходы, указанные в подп. а) п. 6.2.4. настоящих Условий страхования;
- других документов, при необходимости.

6.3. В соответствии с условиями заключенного Договора страхования, защита от основных рисков может быть дополнена «**страховой защитой от дополнительных рисков**». В случае приобретения Страхователем такой защиты, они указываются в страховом полисе.

6.4. Страховая защита от основных рисков и дополнительных рисков начинается с 00.00 часов первого дня страхового периода, указанного в страховом полисе, но не ранее пересечения границы Республики Молдова (пересечение подтверждается пограничными службами).

6.5. Страховая защита прекращается в 24.00 часа последнего дня страхового периода, указанного в страховом полисе, или в момент въезда на территорию Молдовы в период действия добровольного страхования здоровья на время поездки за границу.

VII. СОБЫТИЯ, ИСКЛЮЧЕННЫЕ ИЗ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ.

7.1. Страховщик, если нет условий договора, не предоставляет страховую защиту и, соответственно, не возмещает ущерб, прямо или косвенно вытекающий «из» или возникший «в связи с», или способствующий, или наступивший в результате:

- а) введения военного положения; гражданской войны; революции или чрезвычайного положения;
- б) иностранного вторжения; нападения;
- с) военных действий (объявленных или необъявленных), мятежей, восстания;
- д) массовых волнений масштаба восстания;
- е) установления военной власти или узурпации власти;
- ф) биологического или химического заражения,
- г) взрыва снарядов, бомб, гранат, вследствие любого террористического акта;
- h) призыва в вооруженные силы или приема на службу в другие военные формирования;
- и) активного участия в террористических актах или военных действиях;

Расширение: В смысле положений п. 7.1. настоящих Условий страхования:

- «**Террористический акт**» означает любой акт, который включает, но не ограничивается применением силы или насилия и /или угрозой им, со стороны любого лица или группы лиц, независимо от того, действуют они самостоятельно, семейно или в связи с любой организацией (организациями) или правительством (правительствами), совершенный в политических, религиозных, идеологических или этнических целях, или с целью повлиять на любое правительство и/или запугать общество или его часть.
- «**Биологическое заражение**» означает заражение, отравление путем «использования зараженных предметов» или вследствие действия химических и/или биологических веществ.

7.2. Страховщик не принимает на себя страховых обязательств и, соответственно, не выплачивает возмещения или страховые суммы в случае, когда Страхователь, в период действия Договора страхования, совершает деяния, квалифицируемые правоохранительными органами как преступление или преступления, которые вызвали наступление страхового случая.

7.3. Страховщик не принимает на себя страховых обязательств и, соответственно, не выплачивает возмещения или страховые суммы в случае, когда Страхователь, в период действия Договора страхования,

совершает действия, которые вызвали наступление страхового случая или послужили причиной его наступления, а именно:

- а) подделал данные в оформленном Заявлении – Декларации о страховании;
- б) не уведомил или поздно уведомил ассистанс (партнера Страховщика) о наступлении страхового события, если состояние здоровья позволяет устное сообщение и услуги, как например: эвакуация, репатриация или стационарное лечение длительностью более 10 дней, оказанное в связи с внезапным заболеванием или несчастным случаем Страхователя, без уведомления Страховщика и его согласия признать договор действительным и покрыть расходы;
- с) занимался профессиональной деятельностью с повышенным риском, любительскими или профессиональными видами спорта, участвовал в спортивных соревнованиях, сборах, тренировках, что привело к наступлению страхового риска (исключение – объявление об этом факте и применение повышающих коэффициентов при расчете страховой премии в момент заключения Договора);
- д) отравился алкоголем, наркотиками, лекарствами или отравляющими веществами, примененными с нарушением указаний санитарных и защитных норм;
- е) страдает от последствий попытки самоубийства;
- ф) управлял или ездил на другом, не рейсовом транспортном средстве (рейсовом самолете, яхте, автомобиле), за исключением случаев поездки в качестве пассажира на борту гражданского перевозчика, управляемого профессиональным пилотом или другим лицензированным специалистом;
- г) был принят в состав вооруженных сил или принят на службу в другие военные формирования;
- h) активно участвовал в террористических актах или военных действиях;

7.4. Не квалифицируются как «**Страховой случай**» (если нет других договорных условий) и, подразумевается, что данное страхование исключает возмещение расходов, прямо или косвенно связанных «с», вытекающих «из» или «связанных с» положениями, которые способствовали или способствуют наступлению страхового риска (в том числе нарушению состояния здоровья Страхователя), в случае прямого или косвенного действия атомной энергии.

7.5. Страховщик не выплачивает страховые суммы и/или страховые возмещения, если интерес страхования является незаконным, или понесенный ущерб обусловлен им или является его последствием.

7.6. Отказ Страховщика в выплате страхового возмещения или страховой суммы может быть обжалован Страхователем (лицом, заключившим договор страхования) в судебную инстанцию.

7.7. Если Страховщик утверждает, что в смысле данного исключения любые расходы не покрываются этим страхованием, то обязанность доказать обратное возлагается на Страхователя.

VIII. СТРАХОВАЯ СУММА

8.1. Добровольное страхование здоровья на время поездки за границу предусматривает страховую сумму в денежном эквиваленте, размер которого классифицируется в зависимости от территориального покрытия страхования (см. таблицу страховых тарифов) и может быть оговорен в момент заключения договора страхования.

8.2. Страховая сумма – это максимальное финансовое обязательство Страховщика перед Страхователем, в виде суммы (страховая сумма по защите от основных рисков и страховые суммы по страхованию дополнительных рисков), выражаемой в твердой валюте - евро, согласованной в момент заключения Договора страхования и внесенной в Страховой полис в графу «**Страховая сумма**».

8.3. Страховая сумма по добровольному страхованию здоровья на время поездки за границу устанавливается на человека.

8.4. **Страховая сумма** по защите от дополнительных рисков, в зависимости от информации, указанной в оформленном Заявлении – Декларации, согласовывается в момент заключения Договора страхования и вносится в Страховой полис в соответствующие графы.

8.5. Страховая сумма предусматривается в Страховом полисе (Договоре страхования) указывается в именном страховом полисе, выданном Страхователю, не может быть ниже минимального предела, утвержденного Страховщиком а именно:

Лимиты ответственности /чел.	Территориальное покрытие				
	Zona A	Zona B	Zona C	Zona D	Zona E
Максимальный Лимит ответственности, включая на	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR	50 000 EUR
• Медицинские расходы • Медицинская эвакуация • Медицинская репатриация	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR	50 000 EUR
• Посмертная репатриация	2 000 EUR	3 000 EUR	4 500 EUR	5 000 EUR	7 000 EUR

8.6. Страховые суммы, указанные в Страховом полисе (Договоре страхования) (по страхованию основных рисков и/или дополнительных рисков) уменьшаются на размер прежних выплат в случае, когда Страхователь или Выгодоприобретатель страхования получили возмещения за наступившие риски.

IX. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

9.1. **Страховая премия** представляет собой сумму, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику при выдаче страхового полиса в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования, взамен на принятие Страховщиком страхового риска.

9.2. **Страховая премия в денежном эквиваленте** рассчитывается на основе страхового тарифа (Приложение №), действующего в момент заключения Договора страхования. Сумма, рассчитанная в твердой валюте, пересчитывается в национальную валюту на основе обменных курсов твердой валюты, установленных Национальным банком Молдовы на день заключения Договора страхования.

9.3. Страховые премии и тарифы рассчитываются Страховщиком. Конкретный размер страхового тарифа устанавливается договором страхования по взаимному согласию сторон.

9.4. Рассчитанный размер страховой премии по защите от основных рисков и дополнительных рисков может быть увеличен путем применения повышающих коэффициентов в случае страхования лиц, задействованных в занятиях с повышенным риском, или уменьшен путем применения технической скидки (семейные договоры, коллективные договоры – страхование туристических групп или страхование группы детей).

9.5. Сумма страховой премии в виде размера рассчитанных страховых премий по защите от основных рисков и страховых премий за дополнительные риски, указывается в Страховом полисе (Договоре страхования) в графе «**Страховая премия**».

9.6. Страховая премия уплачивается в полном объеме, *единовременно, наличными или по перечислению*, если в Договоре страхования не предусмотрено иное.

9.7. **Уплата страховой премии** производится в полном объеме, по месту нахождения Страховщика или его представителей, если в договоре страхования не предусмотрено иное.

9.8. Доказательство уплаты страховой премии возлагается на страхователя, подтверждением может служить любой предусмотренный действующим законодательством документ, доказывающий уплату.

9.9. Ответственность за несвоевременную и неполную уплату страховых премий несет лицо, заключившее договор страхования (Страхователь).

X. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ

10.1. Страхователь (лицо, заключившее договор страхования) вправе приобрести добровольную страховую защиту здоровья на время поездки за границу, которая может охватывать в страховании «**Страховая защита основных рисков**» и страховую защиту дополнительных рисков.

10.2. **Страхователь**, на основе заключенного Договора страхования, в соответствии с настоящими Условиями страхования, **имеет право:**

- знакомиться с настоящими Условиями страхования;
- заключать Договоры **добровольного страхования здоровья на время поездки за границу** в качестве лица, заключающего договор страхования в пользу третьих лиц (Коллективные договоры) или в пользу членов своей семьи (Семейный договор) или, на самого себя (Индивидуальный договор) на основе настоящих Условий страхования;
- получать услуги, связанные с наступившим событием, в соответствии с настоящими Условиями страхования в случае, когда событие признано «страховым случаем»;
- выдвигать требования о выплате возмещения или выплате страховой суммы при наступлении страхового случая;
- получать страховые возмещения, выплачиваемые по результатам установления страхового случая или его последствий;
- получать, в случае утери Договора страхования, его дубликат, с оплатой стоимости нового выданного бланка;
- начать процедуру расторжения Договора.

10.3. В случае, когда Лицо, заключившее договор страхования, иное лицо, чем Страхователь, лицо, заключившее договор страхования, несет те же обязательства, что и возложенные на Страхователя по заключенному Договору, однако его право ограничивается:

- заключением Договора страхования в пользу третьих лиц и уплатой соответствующей страховой премии;
 - началом процедуры расторжения Договора страхования, если соблюдается условие: срок действия Договора не истек, а «Страхователь/ли, в период действия страхования, предшествовавший моменту расторжения, не получил/и страховые возмещения по этому Договору»;
- 10.4.** **Страхователь (лицо, заключившее договор страхования) обязан:**
- лично присутствовать при составлении Заявления/декларации о страховании и/или лично заполнить декларацию о страховании;
 - предоставить Страховщику возможность проверить обстоятельства страхования на основе настоящих Правил;
 - уплатить страховую премию в размере, рассчитанном на основе страховых тарифов, действующих в момент заключения Договора, в

установленные сроки – до отправки в поездку, соответственно, до начала страхового периода;

d) обеспечить сохранность документов, оформленных сторонами-участниками договорных отношений;

e) соблюдать предписание врача и ассистанса/Страховщика, связанные с урегулированием страхового случая;

f) сообщать Страховщику, в момент заключения Договора страхования и/или в период действия Договора, обо всех важнейших обстоятельствах, касающихся страхового риска или изменения влияющих на него обстоятельств. Считаются важными те опасные обстоятельства, которые могут повлиять на решение Страховщика о заключении Договора страхования.

g) предоставить Страховщику возможность проверять обстоятельства осуществления страхования на основе настоящих Правил.

h) предоставить Страховщику право проверить состояние здоровья Страхователя или застрахованных лиц по заключенному Договору страхования.

i) сообщить Страховщику о наступлении страхового риска, как только ему станет об этом известно, а в случаях, не зависящих от воли потерпевшего (*тяжелое состояние здоровья, отсутствие телефонной сети и т.д.*) - в течение не более 30 календарных дней со дня обращения к врачу или возвращения в Республику Молдова;

j) следовать предписаниям лечащего врача и соблюдать их;

k) избавить врачей медицинских учреждений от обязанности соблюдать конфиденциальность в отношении представителей Страховщика в вопросах его здоровья, данных, запрашиваемых в ходе процедуры установления страхового случая.

l) предпринимать зависящие от него действия по предотвращению наступления страхового случая или по ограничению связанного с его наступлением ущерба.

m) письменно уведомить Страховщика о факте утери выданного Полиса или Договора страхования.

10.5. Лицо, заключившее договор страхования (**юридическое лицо**) обязано:

a) представлять, через уполномоченное лицо, достоверные, адекватные действительности сведения, используемые впоследствии в процессе принятия решения о страховании, заполнив для этого Декларацию о страховании;

b) представлять Список-декларацию в день заключения Договора страхования, указав их фамилии и имена, личный код, страховые риски/риск, размер страховой суммы, период страховой защиты;

XI. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА

11.1. Страховщик, в соответствии с настоящими Условиями страхования и на основе заключенного Договора предоставляет Страхователю (лицу, заключившему договор страхования) страховую защиту от основных рисков, связанных с нарушением здоровья, которые вызвали расходы на медицинскую помощь или полученное Страхователем лечение, и дополнительных рисков.

11.2. Страховщик гарантирует:

a) конфиденциальность в отношении застрахованных лиц;

b) организацию оказания целесообразных по времени и объему услуг Страхователям при несчастном случае или в случае внезапного, острого заболевания.

c) страховую защиту от дополнительных рисков, если эта защита была приобретена лицом, заключившим договор страхования.

11.3. В соответствии с настоящими Правилами страхования **Страховщик имеет право:**

a) заключать договоры добровольного страхования здоровья на время поездки за границу с физическими лицами, гражданами Республики Молдова и лицами без гражданства, или с юридическими лицами, на основании Декларации о страховании, лично заполненной Страхователем (лицом, заключившим договор страхования);

b) оценивать достоверность данных, отраженных в Декларации о страховании, а также соблюдение Страхователем условий договора;

c) выплачивать возмещения в размере до - 500 евро, в случае, когда Страхователь получил медицинские услуги и лично оплатил (*наличными*) стоимость услуг без незамедлительного уведомления Страховщика о наступлении страхового события или без предварительного согласования с Страховщиком или ассистансом, если случай считается страховым по настоящим Условиям;

d) требовать, при необходимости, для оценки принятых на страхование рисков, до заключения Договора страхования, проведения медицинского осмотра подлежащих страхованию лиц;

a) проверять информацию, представленную в Заявлении – декларации, о страховых рисках;

b) отказывать в заключении Договора страхования на основе андеррайтинговой оценки страховых рисков;

c) применять повышающие коэффициенты к тарифу при расчете страховой премии на основе информации о заявителе страхования или рисках, для которых выбирается страховая защита основных рисков или дополнительных рисков, отраженных в Заявлении-декларации о страховании;

d) применять техническую скидку при расчете страховой премии;

e) проверять выполнение лицом, заключившим договор страхования (Страхователем), требований и условий Договора страхования.

f) подвергать медицинскому осмотру и документированию как поставленные Страхователем диагнозы, так и назначенное лечение, в случае урегулирования требований по защите от основных рисков;

g) изменять или расторгнуть Договор страхования в соответствии с положениями п. 18; 19; настоящих Условий.

11.4. Страховщик обязан:

a) ознакомить лицо, заключившее договор страхования (Страхователя), с настоящими Условиями страхования;

b) выдать Страхователю Страховой полис после получения страховой премии;

c) способствовать своевременному и качественному оказанию медицинской и/или консультационной помощи Страхователю/ям при наступлении страхового случая, на основе настоящих Условий страхования и в соответствии с заключенным Договором;

d) выплачивать страховые суммы или возмещения в соответствии с принятым решением об урегулировании требования о возмещении;

e) защищать интересы Страхователей, связанные со своевременным, полным и качественным оказанием услуг помощи.

XII. ФОРС-МАЖОР

12.1. Невыполнение условий договора или их ненадлежащее выполнение не может быть вменено в вину лицу, заключившему договор страхования, если оно вызвано форс-мажорными событиями, которые невозможно было предвидеть в день заключения договора, или если стороны не могли воспрепятствовать их наступлению или устранить их последствия. Форс-мажорными событиями считаются:

a) любые военные действия

b) стихийные бедствия

c) взрывы, пожары

d) любое неподконтрольное сторонам событие.

12.2. Сторона, которая ссылается на форс-мажорные события, обязана в течение 3 дней после наступления указанного ею события уведомить другую сторону о возникновении события.

12.3. В случае наступления форс-мажорных событий, сроки выполнения договорных обязательств продлеваются на дополнительный срок, равный периоду действия форс-мажорных событий.

XIII. ВАЛИДНОСТЬ СТРАХОВОГО ДОГОВОРА

13.1. Договор добровольного медицинского страхования – это добровольное соглашение, заключаемое между Страхователем и Страховщиком, которым устанавливаются, изменяются или прекращаются правоотношения.

13.2. Договор страхования заключается на срок указанный в полисе страхования и вступает в силу со дня, указанного в заключенном договоре в 00:00, после оплаты страховой премии.

13.3. Договор может быть изменен или расторгнут только в соответствии с его условиями или по соглашению сторон, если законом не предусмотрено иное.

13.4. Изменение условий Договора страхования осуществляется по письменному согласию сторон, подтвержденному подписями и печатями договаривающихся сторон.

13.5. Любая из сторон – Страхователь (лицо, заключившее договор страхования) или Страховщик, вправе начать процедуру расторжения заключенного договора страхования до истечения его срока действия, путем письменного уведомления другой стороны за 30 календарных дней до даты расторжения.

13.6. Страховщик расторгает Договор страхования *по собственной инициативе* в течение одного месяца с момента ознакомления с обстоятельствами, дающими ему право расторгнуть договор, а именно:

а) если подтвердятся, что Страхователь подделал данные, представленные в Заявлении-декларации, или передал своей Страховой полис другому лицу для его использования как средства защиты расходов на лечение этого лица, или совершил незаконные действия, чтобы получить страховую защиту (в виде компенсаций за понесенные расходы);

б) будет установлено, что застрахованное лицо своим поведением (злоупотребление спиртным, употребление наркотиков, токсичных веществ) в период действия страхования наносит вред своему здоровью, повышая страховой риск основных рисков.

13.7. Расторжение производится путем письменной декларации, а уплаченная страховая премия возвращается ее плательщику без каких-либо задержек.

13.8. Страховщик расторгает Договор страхования *по инициативе Страхователя (лица, заключившего договор страхования)* в течение не более 30 дней в случае, когда срок страхования не истек, и Страховщик не выплатил страховые суммы или страховые возмещения по расторгаемому Договору.

13.9. В случае расторжения Договора страхования уплаченная страховая премия возвращается ее плательщику в уменьшенном размере. Страховщик удерживает сумму, рассчитанную из стоимости страхования за истекший период Договора страхования, и сумму расходов Страховщика на ведение дела.

13.10. Договор страхования законно прекращается по обоюдному согласию сторон, а также:

а) При неуплате Страхователем страховой премии в установленном размере и установленный срок;

б) По истечении его срока действия (в 24.00 часа последнего дня страхового периода);

с) При выполнении Страховщиком договорных обязательств;

д) При ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица;

е) При ликвидации Страховщика, в установленном законом порядке;

ф) В других предусмотренных законом случаях.

13.11. Договор страхования недействителен в случаях, предусмотренных законодательством, или если он был заключен:

а) В условиях, противоречащих действующему законодательству, и / или ставящих Страхователя в невыгодное положение по отношению к действующему законодательству;

б) В отношении имущества, признанного полученным незаконным путем, помещенного под арест или подлежащего конфискации на основе судебного решения, вступившего в законную силу.

с) С лицом, не уполномоченным заключать договоры от имени Страховщика;

д) После наступления страхового риска, за который договор страхования предусматривает выплату страхового возмещения;

13.12. В случае недействительности договора страхования, Страховщик полностью возвращает Страхователю полученные страховые премии.

XIV. ПРАВО СУБРОГАЦИИ

14..1. Страховщик, оплатив страховое возмещение (реальный ущерб), приобретает в пределах этой суммы, право суброгации (переход к страховщику, выплатившему страховое возмещение, права требовать компенсацию с лица, ответственного за ущерб, причиненный страхователю в пределах возмещенного ущерба).

14.2. Если Страхователь/Застрахованное лицо получит долю убытков от третьего лица виновное в наступлении ущерба, страховщик освобождается от этой части ущерба.

14.3. Если страхователю/застрахованному лицу было компенсировано все повреждения, вызванные или есть окончательное решение суда для возмещения ущерба виновным лицом, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения.

XV. ЮРИСДИКЦИЯ РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры, возникшие в связи с применением настоящих Условий и выполнением заключенных на их основе Договоров страхования, разрешаются сторонами путем переговоров, а в случае недостижения согласия по ним – разрешаются в компетентной судебной инстанции в порядке, установленном законодательством Республики Молдова.

15.2. До обращения с иском в суд, соответствующая сторона обязана предъявить требования другой стороне с надлежащей мотивировкой.

15.3. Требование и ответ на него должны быть отправлены по почте (заказным письмом) или переданы через курьера с подтверждением вручения.

15.4. Сторона, которой предъявляется требование, обязана ответить на выдвинутые требования в течение 30 дней. Отведенный для ответа срок начинает исчисляться с момента получения требования.

Требования могут быть предъявлены в течение 60 рабочих дней с момента возникновения разногласия

**CONTRACTUAL CLAUSES
RELATED HEALTH INSURANCE POLICY
FOR TRAVELLING ABROAD**

C.A. "GENERAL ASIGURARI" S.A., "Insurer" represented by CEO or by the Insurer Representative and the Contractor indicated in the insurance policy, have agreed as follows:

I. GENERAL PROVISIONS

1.1. The conditions of voluntary *health insurance for travelling abroad* (hereinafter the Conditions) are developed in accordance with the Moldovan Law on Insurance No. 407-XVI of 21.12.2006 and other regulatory acts in force and are classified as Non-life insurance, class 2. "Health insurance".

1.2. The Conditions are an integral part of the contract of voluntary *health insurance for travelling abroad*. The insurance contract may also stipulate other terms established under the agreement of the Parties, which do not infringe the regulatory acts in force and the present Insurance Conditions.

1.3. The Insurer shall not conclude insurance contracts in favor of persons who, at the time of contract conclusion:

- are located outside the Republic of Moldova;
- are in treatment in out-patient/in-patient facility;
- are in the records of narcology, psycho-neurology, phthisiology or dermatovenerology clinics.

II. TERMS USED AND THEIR MEANING

To establish and regulate the contractual relations under the present Conditions and set out the rights and obligations of the Contracting Parties, the following terms shall be used:

2.1. Insurer – JSC GENERAL ASIGURARI, who is entitled to perform the insurance business under its license, by undertaking the risks according to the present Conditions, in exchange of the insurance premium paid.

2.2. Insured (insured person) – the natural person in whose favor is concluded by the Insurer the contract on voluntary health insurance, the object of such insurance being the life, the health and the work capacity of that person.

2.3. Contractor – the natural or legal person who has concluded the insurance contract and undertakes the obligation of payment of the insurance premium. The Contractor may be the Insured, if the insurance object is his life and health, under the contract concluded. In the case of

family insurance the Contractor may be one of the spouses. In the case of collective insurance the Contractor may be the employer/travel agency or, in the case of participative cooperation, the enterprise employee/group leader. The Insured (*insurance beneficiaries*) can include only the persons mentioned in the *List of persons subject to voluntary health insurance under the Collective Agreement*.

2.4. Sudden disease – Organic or functional modification of the Insured's health condition diagnosed by a specialized physician, which occurred or appeared for the first time during the validity period of the insurance and needs emergency medical treatment in order to avoid death or serious impairment of the Insured's health. When determining the presence of such disorder the physician of the Assistance Company should take into account the geographical location of the Insured, the nature of the medical emergency and the availability of proper health services or means in that location.

2.5. Pre-existing disease (chronic disease) – Any diseases, accidental injuries or other medical conditions of the Insured diagnosed as such by a physician prior, which is present before the entry into force of the insurance policy, except for any acute disorders that have been completely healed, as following: a) any respiratory diseases (which affects the lungs and the respiratory tract), cardiac diseases, stroke or cancer, for which the Insured has received treatment at any point in time (including surgical intervention, test or investigation carried out by the Insured's physician or a specialist, as well as medicines prescribed).

b) any disorder for which the Insured has been subject to surgical interventions, in-patient facility treatment or investigations in a hospital or a clinic during the last six months prior to entry into force of the insurance coverage.

2.6. Accident – sudden (incidental) event caused by a mechanical or chemical factor from outside without the Insured's will, which leads to medically detectable bodily injury, permanent disability or death of the Insured. In the sense of this definition, to delineate the risk occurred while driving a vehicle, "accident" shall also include the collision of two or more motor vehicles on public roads, any collision with other obstacles, the overturning, skidding or fire having as effect the bodily injury or the death of the Insured.

2.7. Insured case – the occurrence of the insured risk as provided by the contract on voluntary *health insurance for travelling abroad*, the occurrence of which shall entitle the Insured or the beneficiary to be indemnised by the Insurer.

2.8. Insured event – health disorder of the Insured following an accident, an acute or sudden disease or worsening of chronic diseases during the insurance period, which endanger the life and/or need emergency medical intervention; any disorder, condition or other event that require medical care.

2.9. Main insured risks – an event or a group of possible future, but uncertain, phenomena or events as mentioned in the contract on voluntary *health insurance for travelling abroad* and set out in the insurance package, the occurrence of which may cause injury to the Insured. *Under these Conditions, the Insurer shall guarantee the provision of medical assistance through the Assistance Company, in compliance with the contract on voluntary health insurance for travelling abroad, in the volume set out by the insurance package, and shall compensate financial, in-kind or mixed damages if the insurance beneficiary will incur the expenses related to the medical treatment provided in case of health disorder.*

2.10. Assistance Company – the Insurer's partner who maintains contractual relations of collaboration with the Insurer for serving the insured persons in case of occurrence of the insured case and/or settling the compensation claims from health service providers.

2.11. Insurance contract – agreement between the Insurer and the Contractor (Insured), under which are established, changed or cancelled the legal relations. The insurance contract shall be concluded in writing based on the insurance application-statement filled in and provides the rights, obligations and the mechanism to enforce them (*Annex 3*).

2.12. Insurance package – document stating the set of risks (main and additional) covered under these Conditions and the volume of medical services that can be received by the Insured under the insurance contract.

2.13. Insurance policy – the document that proves the conclusion of the contract on voluntary health insurance (*Annex 4*).

2.14. Insurance premium – the amount that must be paid by the Insured (the Contractor) to the Insurer upon delivery of the insurance policy, in the amounts and terms provided by the insurance contract, in order that the Insurer undertakes the insured risks.

2.15. Insured amount – the maximum limit of coverage of the Insurer's liability in case of occurrence of the events stipulated in the insurance contract. The insured amount shall depend on the insurance package requested and the category of the medical facility.

2.16. Tariff for Sport Leisure and/or professional athletes and/or work (performed abroad): first contractual increased over the standard fare

you have to pay the Contractor in return for insuring risks mentioned in the contract documents as a result of recreational sports and/or sports professional and / or activities that involves physical labor, professional-risk activity (construction, heavy industry, security, etc).

Respectively Insurer will not pay the insurance indemnity in the following situations:

a) if the insured risk occurred as a result of the activities listed above, but the option "Sports Entertainment" and / or professional athletes and / or work not been selected;

b) if the insured risk occurred as a result of participating or engaging in dangerous sports or hobbies – extreme sports.

2.17. Leisure sports – skiing, water skiing, snowboarding, skating, surfing, riding, karting, mountain biking, rafting, etc. If the Insured plans to play occasionally during the travel sports for leisure purpose, it is recommended to chose this additional coverage when concluding the insurance policy.

2.18. Professional athletes, according to the following categories:

Group A – athletes, associations (teams) of bowling, fishing, golf, badminton, minigolf, sport dancing, target firing, swimming, entertainment;

Group B – athletes, associations (teams) of track and field events, basketball, skating, canoeing, fencing, bandy, cycling, rolling, tennis, table tennis, gymnastics, volleyball, water skiing;

Group C – athletes, associations (teams) of heavy athletics, heavylifting, sleigh, hockey, skiing;

Group D – associations (teams) of vaulting, soccer, handball, polo, rugby, martial arts, sport tourism;

This listing is as a rough guide, not exhaustive.

If during the trip the Insured making plans to practice sports activities - camps, sports competitions of any level is recommended selecting this additional coverage at the end of the insurance policy.

2.19. Physical work – coefficient applied when the insured is practicing an occupation that involves physical labor such as high risk - heavy industry, security, construction. The enumeration is illustrative and not exhaustive.

III. INSURANCE OBJECT

3.1. The object of the voluntary health insurance for travelling abroad (the main risk) shall be the **patrimonial interests** that do not contradict the Republic of Moldova legal framework and correlated with the Insured's life and health.

3.2. Under these Conditions and in compliance with the contract on voluntary *health insurance for travelling abroad* the Insurer shall provide insurance coverage against the main risk and/or the additional risks, as stated in the insurance policy, during the period of the insurance coverage and shall pay indemnifications according to the contractual provisions.

IV. INSURANCE SUBJECT

4.1. The subject of voluntary health insurance for travelling abroad may be any individual, citizen of the Republic of Moldova, stateless person or foreigner.

4.2. In the case of persons aged 0-12 months or over 65 years, or foreigners without residence in the Republic of Moldova, the Insurer shall be entitled to increase the insurance tariff, according to the underwriter assessment of the risks covered by insurance.

V. TERRITORIAL COVERAGE

5.1. The voluntary health insurance for travelling abroad is valid exclusively outside the Republic of Moldova borders and the Insured's residence country, on the territory stated in the insurance policy.

Zona A	Zona B	Zona C	Zona D	Zona E
Post Soviet States	TURKEY TUNISIA EGIPT	EUROPE + Post Soviet States	ASIA EUROPE Post Soviet States	WHOLE WORLD

5.2. The period of the insurance coverage may vary from 3 to 365/366 days.

VI. SURANCE COVERAGE

(defining the insured case)

6.1. The Insurer shall provide to Insured (*the insured persons, the insured family members, the insurance beneficiaries - collective contract for insuring the group of travellers*) **financial, in-kind or mixed compensation** in case of occurrence of the **main risks covered**, as stated in p. 6.2 of the present Conditions, and in the case of occurrence of the **additional risks covered**, as stated in p. 6.3 of these Conditions, if the Insured has selected this option.

6.2. According to the insurance contract, in the case of **insurance protection against main risks**, the *insured case* may be the occurrence of any event

mentioned in the clause "financial loss insurance", as follows:

6.2.1. Financial loss related to the expenses for medical treatment, if the Insured's health disorder, impairment or sudden disease is acute, unexpected, incidental and has occurred during the insurance period, on the territory of coverage of the insurance policy, and the elimination of the event covered by insurance needs health care necessary and sufficient to save life or alleviate pain and is limited to:

a) outpatient healthcare (in polyclinic, medical center) provided as result of sudden disease, including:

- emergency health care, including surgical emergency and ambulance services;
- consultation by general practitioner: medical history, general clinical examination, specific medical examination;
- consultation by specialist medical officer;
- functional and laboratory investigation in order to diagnose the disease or the acute condition in accordance with the treating physician's prescription;
- radiology, endoscopy, MRI, ultrasonography, scintigraphy, radioisotopic services, other investigation needed for diagnosis;
- small surgery interventions conducted in outpatient healthcare (polyclinic);
- pharmaceutical treatment as prescribed by the treating physician, manual work;
- calling the physician at the accommodation place if the travel to the health facility recommended by the Assistance Company is impossible;
- the fee of the medical personnel;

b) inpatient healthcare provided following sudden disease, including:

- urgent hospitalization;
- consultation by internal specialist;
- consultations by specialist medical officers;
- hospital care, including medical consumables and medicines prescribed by the treating physician during hospitalization, manual work, accommodation (hotel) expenses, the fee of the medical personnel;
- laboratory tests, functional diagnosis, including radiology, endoscopy, MRI, ultrasonography, scintigraphy, radioisotopic services, other investigation as prescribed by the treating physician according to the clinical protocol;
- urgent surgery in inpatient healthcare;
- local, regional or general anesthesia;
- health care in specialized ICU or resuscitation units;

c) **health care provided due to ingravescence of pre-existing impairment (chronic disease)** shall be limited to emergency actions to save the Insured's life or actions made to alleviate acute pain, within the amount of EUR 500, in accordance with the documentation and the medical conclusion confirming the emergency condition.

6.2.2. Financial loss related to medical evacuation in case of accident or disease, including and limited to transportation of the Insured by ambulance or other special means of transport to other health facility to treat the bodily injury or the sudden illness of the Insured, if the in-patient facility where the Insured is located cannot provide health care appropriate to the Insured's condition, which endangers the Insured's life, within the limits of coverage;

6.2.3. Financial loss related to medical repatriation in case of accident or illness, including and limited to transportation of the Insured from abroad by ambulance (or other special means of transport) to the Republic of Moldova or the health facility closest to the Insured's residence, and assistance by the accompanying person, if attendance is recommended by the treating physician. Repatriation expenses shall be included in the amount of compensation related to the occurrence of the insured event and shall not exceed the limits of coverage;

6.2.4. Financial loss related to post-mortem repatriation - actual expenses approved by the Insurer and related to the repatriation of the Insured's corpse following his/her death due to accident or sudden illness, including and limited to:

- a) *Real expenses not exceeding the limit of coverage for this risk, related to the dead's necropsy if this is mandatory according to the clinical protocol or other regulatory acts of the country where the death has occurred;*
- b) *Real expenses not exceeding the limits of coverage for this risk, related to the embalment of the Insured's corpse, as necessary and sufficient to carry it to the Republic of Moldova, in compliance with the carrier's requirements or other international documents;*
- c) *Real expenses not exceeding the limits of coverage for this risk, related to the cost of the coffin and the transport box to carry the corpse to the Republic of Moldova;*
- d) *Real expenses not exceeding the limits of coverage for this risk, related to the drafting of accompanying documents needed to carry the corpse to the Republic of Moldova;*
- e) *Real expenses not exceeding the limits of coverage for this risk, related to the embarkation in transport means (by air, land or sea) to carry the corpse to the Republic of Moldova;*

f) *Real expenses not exceeding the limits of coverage for this risk, related to the transportation of the corpse to the Republic of Moldova.*

6.2.5. In addition to the exclusions provided in Chapter VII of these Conditions, under the protection of **main risks**, the **Insurer shall not cover** by insurance and consequently **shall not compensate the expenses related** to medical services, **medical evacuation in case of accident or illness, medical repatriation in case of accident or illness and post-mortem repatriation** that is due to and/or a consequence of the following:

- a) *treatment for alcoholism, toxicomania, drug addiction or their direct consequences;*
- b) *dental treatment, except for emergency dental treatment (if the Insured pays on his own account the cost of emergency dental services, the maximum amount of insurance protection shall be EUR 150),*
- c) *orthopedic treatment, including the use of orthopedic devices and techniques,*
- d) *orthodontic treatment, preparation or repair of artificial denture, application of circllets, application or repair of bridges, planned maxillofacial or dental surgery treatment;*
- e) *treatment of trauma, decay or poisoning and their consequences suffered by the Insured while being in alcoholic, narcotic or toxic drunkenness, committing of premeditated murder, suicide attempts, self-mutilation, except for the cases when the Insured has come into such condition by illegal actions of a third party;*
- f) *treatment of infectious diseases: A, B, C, D, E hepatitis, tuberculosis, TORCH infections, mycosis, scabies, pediculosis and other diseases mentioned in inter-state agreements in force;*
- g) *treatment of sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS and their complications, regardless of the clinical form and evolution degree, gonorrhoea, syphilis, trichomoniasis, mycoplasma;*
- h) *treatment of diseases related to parasitic invasions: giardiasis, ascariasis, pinworm, tape worm, cysticercosis, diphyllbothris, sparganosis etc., other diseases mentioned in inter-state agreements in force;*
- i) *oncological diseases, including hemoblastoses, regardless of the clinical form and evolution degree;*
- j) *mental diseases and their complications, various injuries and somatic diseases caused by mental diseases;*
- k) *tuberculosis, sarcoidosis, cystic fibrosis, collagenoses, regardless of the clinical form and evolution degree;*
- l) *chronic renal insufficiency requiring hemodialysis;*

m) *chronic liver failure;*

n) *sexual disorders, infertility, artificial insemination, contraception;*

o) *hereditary diseases and congenital anomalies, regardless of the clinical form and evolution degree;*

p) *diabetes mellitus and its complications;*

q) *acute and chronic actinic disorders;*

the Insurer shall also not compensate the expenses related to:

r) *planned treatment of chronic diseases, including planned, known or unknown surgery interventions for the Insured, treated or not treated prior to conclusion of the contract on voluntary health insurance for travelling abroad, including treatment of diseases in the stage of outpatient healthcare, except for the cases when such care has been provided to alleviate acute pain or to save the Insured's life;*

s) *rehabilitation, homeopathic, reflexotherapy treatment, manual therapy or treatment with experimental nature;*

t) *transplantation of human organs, tissues and cells;*

u) *cardiac surgery, angiography, stent application, bypass (angioplasty) aorto-coronary surgery;*

v) *cosmetic and plastic surgery and procedures, cosmetic / plastic stenting, sex change;*

w) *monitoring the pregnancy and its complications;*

x) *healthcare for birth and birth related complications, except for sudden complications that endanger the life of the pregnant woman and/or the child during pregnancy, if the pregnancy is less than 30 weeks and the pregnant woman is aged under 38. The Insurer shall cover medical expenses incurred directly to remove that danger;*

y) *curettage or mini-abortion, if this is not a consequence of an accident or an emergency;*

z) *application of medical prostheses of any kind, including vascular prosthesis;*

aa) *inpatient accommodation to receive cure or rehabilitation assistance;*

ab) *sight correction, surgical treatment of myopia, hypermetropia, astigmatism, purchase or repair of eyeglasses and contact lenses;*

ac) *purchase or repair of medical devices and appliances (transport means, pacemakers, any temporary or permanent implant device);*

ad) *antiviral treatment;*

ae) *rehabilitation and/or curative and sanatorium treatment;*

af) *medical treatment if the Insured has travelled abroad in order to receive health services for the treatment of a pre-existing disease: a disease or an*

illness known by the Insured and/or his/her family before the entry in force of the insurance protection stated in these Conditions, or the treatment received related to any consequences of a work trauma or an occupational disease;

ag) chemo- and/or radio-therapeutic treatment;

ah) immunomodulatory treatment;

ai) disinfection, protective vaccination, medical expertise and instrumental and/or laboratory investigations, if they are not a direct consequence of an accident or acute sudden illness;

aj) ensuring extra comfort in the ward, namely: ward with several separated rooms, TV set, telephone, additional air conditioning and humidification appliance, hairdressing, massage, cosmetology services, etc;

ak) treatment provided without coordination with the Assistance Company or the Insurer;

al) treatment provided after the expiry of the insurance period or upon return to the Republic of Moldova or the residence country;

am) routine or prophylactic medical examination, medical screening;

6.2.6. Upon occurrence of the main insured risk, the Insured or the person representing his/her interests, in compliance with the contract concluded and the insurance policy:

a) shall inform by phone the Assistance Company stated in the insurance policy concluded, or the Insurer (the phone numbers can be found in the insurance policy), about the occurrence of the insured event;

b) shall indicate:

- the name of the insurance company that has issued the policy;

- the name and surname;

- the series and the number of the insurance policy;

- the event occurred;

- the address and the phone number of the Insured;

- the terms of the insurance period.

c) If the sequence of the above actions cannot be observed (until the time of medical examination or hospitalization), the Insured or his/her representative must inform the Assistance Company or the Insurer about the occurrence of the insured case by calling the phone number mentioned in the insurance policy as soon as possible, but not later than 72 hours after calling the medical officer. If the Insured fails to notify within 72 hours the Assistance Company or the Insurer at the phone or fax numbers provided, and there is no document to justify the notification in delay, the Insurer shall pay the medical and transportation related expenses incurred by the

Insured following an accident or an illness up to the amount of **EUR 500**, if the event is proved to be an insured case;

Extension: Regardless of the provisions of these Insurance Conditions, where the Insured's life is in danger, the Insured or any other person representing his/her interests must ensure urgent transportation by all available means to the nearest health facility and then will notify the Insurer or the Assistance Company.

d) If the Insured fails to notify the Assistance Company or the Insurer about the occurrence of the insured event until the end of the medical treatment (main risks insurance), the Insured has the right to request explanations in writing on the situation created and shall reserve the right to make the final decision on the compensation of incurred expenses.

e) If the Insured, for objective reasons, does not refer to the Assistance Company and pays directly for the medical services, the Insured shall submit to the Insurer (at the head office) within 30 calendar days after returning to Moldova the claim request having the following mandatory annexes:

- the original or the copy of the insurance policy;

- the original of the invoice issued by the health facility (standard form or stamped document);

- medical statement issued by the medical officer/service provision facility stating the patient's name, the diagnosis, the date of requesting health care, the treatment duration, the classification of services provided with their deciphering by date and cost, the total amount for payment;

- the medical prescriptions related to the accident or the disease suffered (in original, with pharmacy's stamp and stating the cost of medicines purchased);

- the original documents confirming the payments for treatment, medicines and other services (the stamp confirming the payment, the cash collection ticket or the bank ticket stating the amount to be transferred);

- the passport and its copy;

- copy of the identity document;

- other documents, as appropriate.

f) To settle the claim request under the main risk insurance "post-mortem repatriation", the Insured's representative shall notify the Assistance Company or the Insurer about the occurrence of the insured risk. The Insured's relatives shall submit within 30 calendar days after repatriation to Moldova the claim request related to the expenses incurred on their own account by the Insured's close relatives, with the following attachments:

- the document confirming the death;

- the official certificate stating the death cause;

- in case of accident, the documents regarding the death circumstances;

- the death certificate;

- the documents confirming the expenses mentioned in para. a) p. 6.2.4. of these Conditions;

- other documents, as appropriate.

6.3. According to the insurance contract concluded, the protection against main risks can be supplemented by the **insurance protection against additional risks**.

6.4. Insurance protection against main and additional risks shall begin on **00.00 o'clock of the first day of the insurance period as stated in the insurance policy, but not before crossing the border of the Republic of Moldova (which is confirmed by the border services)**.

6.5. Insurance protection shall cease on **24.00 o'clock of the last day of the insurance period as stated in the insurance policy, or at the time of entry in Moldova during the term of voluntary health insurance for travelling abroad**.

VII. EVENTS EXCLUDED FROM INSURANCE COVERAGE

7.1. If otherwise regulated under the insurance contract/policy, the Insurer shall not provide insurance protection and therefore shall not compensate the damage caused directly or indirectly, resulting from or related to, or contributing to, or a result of:

a) imposition of state of war, civil war, revolution or emergency;

b) foreign invasion or intervention;

c) military hostility (declared or undeclared), rebellion, insurrection;

d) mass disorder having the extent of rebellion;

e) instauration of military power or usurpation of power;

f) biological or chemical contamination,

g) blast of projectiles, bombs, grenades as a consequence of an act of terrorism;

h) enlistment in the armed forces or employment in other military units;

i) active participation in acts of terrorism or war.

Extension: For the purposes of p. 7.1. of these Conditions:

- **Act of terrorism** shall mean any act including, but not limited to, use of force or violence and/or threat of using them by any person or group of persons, whether they act independently, on behalf of or in connection with any organization(s) or government(s), committed for political, religious, ideological or ethnic purposes or in order to influence any government and/or to intimidate the society or a part of it.

• *Biological contamination shall mean contamination or poisoning by use of contaminated objects or due to effects of chemical and/or biological substances.*

7.2. The Insurer shall not undertake insurance obligations and therefore shall not pay indemnisation or insured amount if the Insured, during the validity period of the insurance contract, has committed any action qualified by the law enforcement bodies as crime resulting in the occurrence of the insured case.

7.3. The Insurer shall not undertake insurance obligations and therefore shall not pay compensation or insured amount if the Insured, during the validity period of the insurance contract, has committed any action resulting in the occurrence of the insured case or is the cause thereof, namely:

- a) *has falsified the data in the insurance application-declaration;*
- b) *has notified in delay the Assistance Company (the Insurer's partner) about the occurrence of the insured event if the health condition allowed for verbal communication, or when returning to the country - within the term set out for that option, or has received medical or other services, for example: evacuation, repatriation or inpatient treatment, for more than 10 days in connection with the Insured's sudden decay or accident, failing to notify the Insurer and without the Insurer's approval on contract validation and expenditure coverage;*
- c) *has played leisure or professional sports; has taken part in sport competitions, quarters or trainings, which has led to the occurrence of the insured risk (exception - declaration of such actions and application of increase coefficients to calculate the insurance premium at the time of contract conclusion);*
- d) *has been intoxicated with alcohol, drugs, medicines or toxic substances administered against the sanitary and protection norms;*
- e) *has suffered the consequences of suicide or attempted suicide;*
- f) *has driven or has travelled with a transport means other than the course ones (airplane, yacht, race car), except for the cases when he/she has travelled as a passenger on a civil transport means driven by a professional pilot or other licensed specialist;*
- g) *has been enlisted in the armed forces or employed in other military units;*
- h) *has participated actively in acts of terrorism or war.*

7.4. The situations that contributed or are contributing to the occurrence of the insured risk (including health disorder of the Insured) in case of direct or indirect action of nuclear energy shall not be considered as "insured case" (unless other contract provisions exist) and therefore the insurance shall exclude the compensation of expenses related directly or indirectly "to", resulting "from" or "in connection with" those situations.

7.5. The Insurer shall not pay insured amount and/or indemnisation if the insurance interest is illegal or the damage incurred is caused by such interest or is a consequence thereof.

7.6. The Insurer's refusal to pay compensation or insured amount may be challenged by the Insured (Contractor) in the court of law.

7.7. If the Insurer holds that, for the purposes of this exclusion, the insurance does not cover any expenses, the Insured has to prove otherwise.

VIII. LIMITS OF LIABILITY

8.1. The voluntary health insurance for travelling abroad sets out the limit of liability in monetary equivalent; its value is classified according to the territorial extension of the insurance (see the table of insurance rates) and may be negotiated upon conclusion of the insurance contract.

8.2. The limit of liability is the maximum financial obligation of the Insurer to the Insured (the insured amount for protection against main risks and the insured amounts for additional risks insurance) denominated in hard currency (Euro), negotiated upon conclusion of the insurance contract and stated in the insurance policy in the heading "insured amount".

8.3. The insured amount of the voluntary health insurance for travelling abroad shall be established per person.

8.4. The limit of liability for additional risks protection, according to the information in the application-declaration, shall be negotiated upon conclusion of the insurance contract and stated in the insurance policy in the relevant headings.

8.5. The insured amount shall be stipulated in the insurance policy (contract) and mentioned in the nominal policy delivered to the Insured and cannot be lower than the minimum limit approved by the Insurer, respectively:

The limit of liability per person	Territorial coverage			
	Zona A	Zona B	Zona C	Zona D
Total Limits Inclusive:	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR
• medical expenses	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR
• medical evacuation				
• medical repatriation				
• post-mortem repatriation	2 000 EUR	3 000 EUR	4 500 EUR	5 000 EUR

8.6. The insured amounts stated in the insurance policy (contract) (for main and/or additional risks insurance) shall be diminished by the amount of any previous payments, if the Insured or the insurance beneficiary have been indemnified for the risks occurred.

IX. INSURANCE PREMIUM

9.1. The insurance premium is the amount that must be paid by the Insured to the Insurer upon issuance of the insurance policy, in the manner and term provided by the insurance contract, in order that the Insurer undertakes the insured risk.

9.2. The insurance premium in monetary equivalent is calculated under the insurance rate (Annex no.) valid when concluding the insurance contract. The value calculated in hard currency shall be recalculated in national currency based on the exchange rate set out by the National Bank of Moldova on the date of insurance contract conclusion.

9.3. The insurance premiums and tariffs shall be calculated by the Insurer. The specific size of the insurance tariff shall be established in the insurance contract by agreement of the parties.

9.4. The size of the insurance premium calculated for protection against main and additional risks may increase by applying the increase coefficients in case of persons engaged in higher risk activities or decrease by applying the technical rebate (family contract, collective contract - insurance for group of tourists or children).

9.5. The amount of insurance premium, expressed by the insurance premiums calculated for protection against main risks and the insurance premiums for additional risks, shall be stated in the insurance policy (contract) in the heading „Insurance premium“.

9.6. The insurance premium shall be paid fully, uniquely, in cash or by transfer, unless the insurance contract establishes otherwise.

9.7. The insurance premium shall be paid fully at the Insurer's head office or representative offices, unless the insurance contract establishes otherwise.

9.8. The Insured shall prove the payment of the insurance premium by any document proving the payment as provided by the laws in force.

9.9. The Contractor (the Insured) shall be responsible for failure to pay timely and fully the insurance premium.

X. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE INSURED

10.1. The Insured (Contractor) shall be entitled to purchase voluntary health insurance for travelling abroad, which may include protection against

main risks and protection against additional risks.

10.2. The Insured, under the insurance contract concluded and according to these Insurance Conditions, is entitled:

- a) to get acquainted of these Insurance Conditions;
- b) to conclude contracts on **voluntary health insurance for travelling abroad** as contractor in favor of third parties (*collective contracts*) or in favor of his/her family members (*family contract*) or for himself/herself (*individual contract*) under these Insurance Conditions;
- c) to receive services related to the event occurred, in compliance with these Insurance Conditions, if such event was qualified as "insured case";
- d) to submit claims for compensation or payment of the insured amount upon occurrence of the insured case;
- e) to receive indemnisation in accordance with the results of the finding related to the insured case or its consequences;
- f) in case of loss of the insurance contract, to receive the duplicate thereof by paying the cost of the new form issued;
- g) to initiate the procedure of contract termination.

10.3. If the Contractor is another person than the Insured, the Contractor shall have the same obligations with those assigned to the Insured under the contract concluded and his/her rights shall be limited to:

- a) conclusion of the insurance contract in favor of third parties and payment of the insurance premium;
- b) initiation of the procedure to terminate the insurance contract, if the contract validity has not expired and the Insured has not received any indemnification under that contract during the insurance validity period prior to the termination time.

10.4. The Insured (Contractor) is obliged:

- a) to be present in person when drawing up the insurance application-declaration and/or to fill in personally the declaration;
- b) to allow the Insurer to verify the insurance circumstances under these Conditions;
- c) to pay the insurance premium as calculated under the insurance rates in force upon contract conclusion, by the set deadlines - until travel departure and until beginning of the insurance period, respectively;
- d) to ensure the preservation of documents drafted by the parties involved in contractual relationship;
- e) to observe the prescriptions of the physician and the Assistance Company/Insurer regarding the regulation of the insured case;
- f) to notify the Insurer upon conclusion of the insurance contract and/or

during the contract validity period about any key circumstances related to the insured risk or any change in those circumstances. The dangerous circumstances that may influence the Insurer's decision on insurance contract conclusion are considered to be important.

- g) to allow the Insurer to verify the insurance circumstances under these Conditions;
- h) to give the Insurer the right to verify the health condition of the Insured or the persons insured under the insurance contract;
- i) to inform as soon as possible the Insurer about the occurrence of the insured risk, immediately after finding it out, and in cases outside the injured person's will (*severe illness, lack of telecommunications network, etc.*) within 30 calendar days after calling the medical officer or returning to Moldova;
- j) to follow and observe the prescriptions of the treating physician;
- k) to exempt the medical officers from the obligation to keep confidentiality regarding his/her health condition to the Insurer's representatives, in case of data requested in the procedure of finding the insured case;
- l) to take measures dependent on him/her to avoid the occurrence of the insured case or to limit the damage caused by its occurrence;
- m) to notify in writing the Insurer about the loss of the insurance policy or contract received.

10.5. The Contractor (**legal person**) must:

- a) *provide through the authorized person genuine and actual information to be used later in making the decision on the insurance, by filling in the insurance declaration;*
- b) *submit the list-declaration upon the conclusion of the insurance contract, by stating the name and surname of persons, their identity number, the risk(s) insured, the insured amount, the period of insurance protection.*

XI. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE INSURER

11.1. The Insurer, in compliance with these Insurance Conditions and the insurance contract concluded, shall provide to the Insured (Contractor) insurance protection against the main risks related to health disorder, which cause expenses for health care or medical treatment provided to the Insured, as well as against additional risks.

11.2. The Insurer shall guarantee:

- a) *confidentiality in relation to the insured persons;*
- b) *provision of medical services to the Insured, appropriate as time and volume, in the event of accident or sudden acute illness;*
- c) *insurance protection against additional risks, if such protection has been*

purchased by the Contractor.

11.3. According to these Insurance Conditions the **Insurer is entitled:**

- a) to conclude contracts on voluntary health insurance for travelling abroad with individuals, who may be citizens of the Republic of Moldova, stateless persons or foreigners, under the insurance declaration filled in personally by the Insured (Contractor);
- b) to assess the validity of data mentioned in the insurance declaration and the observance of contract terms by the Insured;
- c) to pay compensation in amount up to EUR 500, if the Insured has received health services and has paid personally (*in cash*) their cost without notifying immediately the Insurer about the occurrence of the insured event or without coordinating the actions with the Insurer or the Assistance Company, if that case is considered to be an insured case under these Conditions;
- d) to request if necessary, in order to assess the risks insured, and until the conclusion of the insurance contract, the medical examination of the persons subject to the insurance;
- a) to verify the information shown in the application-declaration on the insured risks;
- b) to refuse the conclusion of the insurance contract based on the underwriting assessment of the insured risks;
- c) to apply tariff increase coefficients when calculating the insurance premiums based on the information on the insurance applicant or the risks to be covered by protection against main or additional risks, as mentioned in the insurance application-declaration;
- d) to apply the technical rebate when calculating the insurance premium;
- e) to check the observance by the Contractor (Insured) of the requirements and provisions of the insurance contract;
- f) to subject to medical and documentary expert review both the diagnoses issued on the Insured and the treatment recommended when settling the claims in the protection against main risks;
- g) to amend or terminate the insurance contract in compliance with Articles 18 and 19 of these Conditions.

11.4. The Insurer is obliged:

- a) to familiarize the Contractor (the Insured) with these Insurance Conditions;
- b) to issue to the Insured the insurance policy upon the payment of the insurance premium;
- c) to help in providing timely and quality medical and/or consultative assistance to the Insured upon occurrence of the insured case, based on

the Insurance Conditions and in compliance with the contract concluded;
d) to pay compensation or insured amount according to the decision made to settle the claim;
e) to protect the interests of the Insured related to the provision of timely, full and quality assistance services.

XII. FORCE MAJEURE

12.1. The Contracting Parties cannot be held liable when the contractual obligations have not been fulfilled or have been fulfilled in improper manner, if this is caused by Force Majeure events, which could not be envisioned upon contract conclusion, or if the Parties could not prevent the occurrence of such events or the removal of their effects. Force Majeure events shall be deemed to be:

- a) military actions of any kind;
- b) natural disasters;
- c) explosion or fire;
- d) any other event beyond the control of the Parties.

12.2. The Party who invokes the Force Majeure event shall notify the other Party about the occurrence of that event within 3 days from such occurrence.

12.3. In case of occurrence of any Force Majeure event, the terms to fulfil the contractual obligations shall be extended by an additional term equal with the period of occurrence of that event.

XIII. VALIDITY OF THE INSURANCE CONTRACT

13.1. The contract on voluntary health insurance is the written free will agreement between the Insurer and the Insured, under which are established, changed or cancelled the legal relations.

13.2. The insurance contract is concluded for the period indicated in the insurance policy and enter into force at 00.00 hours following the day the insurance premium has been charged to the account of the Insurer.

13.3. The contract may only be amended or terminated in accordance with its terms or by agreement of the parties, unless the law provides otherwise.

13.4. Changing the terms of the insurance effected by written agreement of the parties, confirmed by signatures and stamps contracting Parties.

13.5. Each of the Parties - the Insured (Contractor) or Insurer - is entitled to initiate the procedure of insurance contract termination until the expiry of the contract validity term, by notifying in writing the other Party within 30

calendar days before the date of termination.

13.6. The Insurer shall terminate the insurance contract *by his own initiative* within one month from the date when he took notice of the circumstances entitling him to separation, namely:

a) *it is confirmed that the Insured has falsified the data shown in the application-declaration or has sent to another person his insurance policy to be used as coverage for treatment expenses incurred by that person, or has committed fraud in order to receive insurance protection (as compensation for expenses incurred);*

b) *it is confirmed that the Insured, by his behavior (alcohol abuse, use of drugs or toxics) during the insurance period, causes himself health injuries that increase the risk insured as main risk.*

13.7. Termination shall be made by declaration in writing and the insurance premium paid shall be refund without any deductions.

13.8. In such case, the Insurer shall terminate the insurance contract within 30 days if the insurance term has not expired and the Insurer has not paid insurance amounts or indemnification under the contract to be terminated.

13.9. In case of insurance contract termination the insurance premium paid shall be refund with deductions. The Insurer shall hold the amount calculated from the insurance cost for the expired period of the insurance contract and the value of the Insurer's management expenses.

13.10. The insurance contract ends *de jure* by amicable agreement of the Parties, as well as:

- a) Failure by the Insured to pay the insurance premium in the size and term set out by the insurance contract;
- b) Upon expiry of its action term (on 24.00 o'clock of the last day of the insurance term);
- c) Upon fulfillment by the Insured of its contractual obligations;
- d) Upon liquidation of the Insured as legal person or death of the Insured as individual;
- e) Upon liquidation of the Insurer as required by law;
- f) In other situations stipulated by law.

13.11. The insurance contract shall be void in the cases provided by the legislation or if it was concluded:

- a) In conditions that contradict the laws in force and/or are unfavorable for the Insured under the laws in force;
- b) For goods declared to be illegally obtained, seized or arrested, or to be confiscated under a final court ruling.
- c) With a person not authorized to conclude contracts on behalf of the

Insurer;

d) After occurrence of an insured risk for which the insurance contract provides the payment of indemnification.

13.12. In case of absolute nullity of the insurance contract, the Insurer shall reimburse the Insured in full the insurance premiums.

XIV. SUBROGATION

14.1. When the insurer is paying the insurance compensation (the real damage), he acquires within the limits of this amount, the right to claim the debt, the right that the policyholder or another person who has received the insurance compensation, has in relation to a third party, responsible for producing the damage.

14.2. If the insured receives a share of the damages from the third party, guilty of occurrence of the insured case, the insurer is exempted from paying that part of the damages.

14.3. If the guilty person compensates to the insured the full amount of the damage, or if there is a final judgment of the court to collect the damages from the guilty person, the insurer is released from paying the insurance compensation.

XV. DISPUTE HANDLING JURISDICTION

15.1. Litigations arisen in connection with the enforcement of these Conditions and the execution of insurance contracts shall be settled amicably by the Parties; otherwise they shall be settled by the competent court of law as established by the laws of the Republic of Moldova.

15.2. Until the submission of the written summons the Party concerned shall submit to the other Party its claims appropriately justified.

15.3. The claim and the response to that shall be sent by mail (registered letter) or by carrier with confirmation of delivery.

15.4. The Party to whom the claim is submitted must reply to it within 30 days. The term provided for reply shall begin on the time of receiving the claim.

15.5. Claims may be submitted within 60 working days from the time when the divergence occurred.