



- 3.4 zborului Asiguratului într-un aparat de zbor sau dirijarea acestuia, cu excepția cazurilor de zbor în calitate de pasager într-un avion al aviației civile, dirijat de un pilot profesionist;
  - 3.5 acțiunilor militare și consecințelor acestora, tulburărilor populare, grevelor, rebeliunilor și răscoalilor;
  - 3.6 serviciului în oricare forțe armate sau alte formațiuni militare;
  - 3.7 exploziilor nucleare, radiației sau iradierii radioactive;
  - 3.8 autoprovocării premeditate de către Asigurat a unor leziuni corporale;
  - 3.9 bolilor sau accidentelor produse la locul de muncă, în cazul prestării unor activități retribuite fără forme legale;
  - 3.10 refuzului persoanei asigurate de a accepta repatrierea medicală indicată de medic, atrage după sine încetarea obligației Asiguratului de a acoperi cheltuielile medicale după data la care repatrierea medicală putea fi efectuată.
4. **Asiguratului nu acoperă următoarele cheltuieli:**
- 4.1 pentru boli cronice și consecințele unor astfel de boli existente (inclusiv acutizarea și recidiva acestuia) sau cunoscute în momentul solicitării și / sau la începutul asigurării, chiar dacă acestea nu au fost tratate sau dacă au fost tratate, acest lucru s-a făcut în perioada de 6 luni înainte de începutul asigurării (incluzând consecințele lor), exceptând cazul în care asistența medicală acordată în străinătate implică măsuri de urgență, neprevăzute, pentru salvarea vieții asiguratului sau măsuri ce urmăresc numai calmarea durerii acute. Aceleși restricții privind despăgubirea se aplică și consecințelor accidentelor;
  - 4.2 pentru tratamentul tulburărilor și bolilor psihice, maladiilor oncologice;
  - 4.3 pentru tratamentul consecințelor negative provocate de influența directă sau indirectă a radiației solare (alergii solare, insolaji, arsuri solare);
  - 4.4 pentru adresări în cazul prezentării documentelor și informațiilor false;
  - 4.5 orice adrese, examinări, îngrijiri sau tratamente în legătură cu sarcina, nașterea, avortul spontan / terapeutic și consecințele acestora, cu excepția întreruperii sarcinii în urma unui accident;
  - 4.6 pentru chiuretaje și mini-avorturi, precum și pentru asistența medicală la naștere și complicațiile acesteia;
  - 4.7 de tratament chimio și / sau radio-terapeutic; de tratament imuno-modulator; de tratament al maladiilor cronice precum și consecințele acestora, indiferent de stadiul maladiei, cu excepția stărilor care prezintă direct impact pentru viața Asiguratului;
  - 4.8 pentru tratamentul bolilor venerice, SIDA și oricărei alt sindrom similar, precum și a maladiilor survenite drept consecință a acestora;
  - 4.9 cheltuielile legate de chirurgia plastică și diferite genuri de proteze, inclusiv cea dentară și oculară, transplantul de celule, de organe, examinări și tratamente pentru sterilitate, fecundare artificială;
  - 4.10 pentru accesorii (procurări sau reparări acestora): ochelari, lentile, aparate auditive, cârje, cărucior, suporturi pentru fracturi, fixativul ortopedic / ortodontic, stimulator cardiac, orice aparat, implant temporar sau definitiv;
  - 4.11 de asistență stomatologică, cu excepția tratamentului în caz de dureri acute în sumă de până la echivalentul a 150 USD;
  - 4.12 de tratament a serviciilor care nu sunt necesare din punct de vedere medical sau pentru tratamentul, care nu a fost prescris de medic, tratamente naturiste, homeopatice sau cu produse parafarmaceutice;
  - 4.13 pentru cure termale, tratamente de recuperare, fizioterapie și tratamente în case de odihnă, sanatorii și alte instituții similare;
  - 4.14 pentru maladii infecțioase și consecințele acestora pentru care sunt prevăzute vaccinuri;
  - 4.15 în cazuri când călătoria peste hotare Asigurat a întreprins-o în scopul de a primi tratament;
  - 4.16 pentru dezinfectii, vaccinări profilactice, injecții, vaccin, expertize medicale și investigații de laborator, care nu sunt în corelație cu accidentului sau îmbolnăvirea subită;
  - 4.17 în scopul creării pentru Asigurat a unui confort suplimentar în salon și anume: televizor, telefon, aparat de condiționare și umezire a aerului, serviciile coaforului, masorului, cosmetologului etc;
  - 4.18 cheltuielile survenite după data expirării perioadei de asigurare, precum și cheltuielile suportate după revenirea Asiguratului în țara cu reședință permanentă;
  - 4.19 de adrese pe același caz sau maladie mai mult de 2 ori;
  - 4.20 pentru operațiile medicale / intervențiile chirurgicale care pot fi amânate până la întoarcerea Asiguratului în țara de origine;
  - 4.21 pentru medicamente sau tratamente necesare a fi administrate sau acordate pe parcursul deplasării în străinătate, dar care erau cunoscute sau prescrise înainte de începerea călătoriei;
  - 4.22 în cazul apariției la Asigurat a unor boli infecțioase în țările în care s-a declarat stare de epidemie înaintea intrării acestuia pe teritoriul țării respective;
  - 4.23 în caz de accidente datorate / produse în timpul practicării de către Asigurat a unor activități periculoase / hazarde: planorism, parașutism, alpinism, diving, flyboarding și activități la și sub nivelul apei;
  - 4.24 în caz de accidente datorate / produse în timpul participării Asiguratului la competiții / demonstrații (inclusiv antrenamente pentru aceste); de accidentală utilizarea unui vehicul cu motor aerian / maritim / terestru;
  - 4.25 în caz de accidente datorate / produse în timpul practicării de către asigurat a unor activități distractive / hazarde enumerate în continuare: banana pe apă, scuter de apă, parașuta pe apă și colaci gonflabili de agrement, hipism, schiori aviatice cu excepția cazului când se aplică coeficient de majurare;
  - 4.26 cheltuielile telefonice efectuate de Asigurat în scopul contactării Asiguratului sau Companiei de Asistență sunt suportate de Asigurat;
  - 4.27 asiguratul nu-și asumă obligații prin asigurare și nu achită despăgubiri de asigurare în cazul în care Asiguratul / beneficiarul asigurării nu a informat Compania de asistență imediat (dar nu mai târziu de 24 ore), dacă starea sănătății permite comunicare prin orice mijloc (telefonic, e-mail, etc) decât doar în limita a 1000 EUR;

#### 5. **Suma asigurată. Prima de asigurare.**

- 5.1 Suma asigurată este conform poliței de asigurare;
- 5.2 Prima de asigurare reprezintă suma pe care Asiguratul este obligat să o plătească asiguratului, la eliberarea poliței de asigurare, în modul și în termenul prevăzut de contractul de asigurare, în schimbul preluării de către asigurator a riscului asigurat;
- 5.3 Mărimea primei de asigurare se calculează pomind de la riscurile selectate de Asigurat, suma asigurată, termenele de asigurare, țara de aflare, vârsta Persoanei asigurate, precum și alți factori, care influențează gradul riscului de asigurare în conformitate cu mărimile tarifelor de asigurare, aprobate de Asigurator;
- 5.4 Prima de asigurare este conform poliței de asigurare.

#### 6. **Ordinea de încheiere și valabilitate a contractelor de asigurare.**

- 6.1 Documentul care atestă faptul încheierii contractului, este polița de asigurare emisă de Întreprinderea Mixtă Compania Internațională de Asigurări TRANSELIT S.A., remisă Asiguratului după achitarea primei de asigurare;
- 6.2 Contractul de asigurare nu este valabil în Republica Moldova, în țara în care Asigurat are domiciliul permanent sau al cărei cetățean este. Protecția de asigurare în baza contractului începe de la ora 00.00 în ziua, indicată în polița de asigurare, ca dată de începere a perioadei de asigurare, dar nu înainte de traversarea hotarului (viza aplicată de serviciile de frontieră în pașaportul de străinătate). Asiguratul nu poartă răspundere pentru cazurile de asigurare survenite până la începutul termenului asigurării;
- 6.3 Contractul de asigurare se încheie pe un termen de cel mult un an;
- 6.4 Protecția de asigurare a Asiguratului încețează odată cu expirarea perioadei de aflare a acestuia peste hotare, dar nu mai târziu de ora 24.00 în ziua indicată în polița de asigurare sau cartela de identificare ca dată de expirare a perioadei de asigurare.

#### 7. **Soluționarea cererilor.**

Dacă la survenirea evenimentului asigurat serviciile medicale sunt achitate de către Asigurat din contul lui propriu, cheltuielile suportate vor fi compensate ulterior de Asigurator. Asiguratul în decurs de 10 zile calendaristice din momentul revenirii în Republica Moldova în scopul regularizării cazului asigurat trebuie să prezinte cererea de despăgubire în forma stabilă și să anexeze următoarele documente:

- 7.1 polița/contractul de asigurare sau copia acesteia;
- 7.2 exemplarul original al facturii (contului) remise de instituția medicală (pe blanchetă de firmă sau cu stampila respectivă) în care se indică numele și prenumele pacientului, diagnosticul, data solicitării asistenței medicale, durata tratamentului, nomenclatorul serviciilor prestate cu descrierea lor după date și cost total pentru plată; în cazul tratamentului dentar, documentele medicale/facturile trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat;
- 7.3 exemplarul original al documentelor de confirmare a plăților pentru tratamentul sau alte cheltuieli aferente asistenței prestate;
- 7.4 exemplarele originale ale rețetelor prescrise de medic în legătură cu maladia în cauză cu ștampila farmaciei și costul fiecărui preparat (bonul fiscal eliberat de farmacie aferent achiziționării medicamentelor);
- 7.5 pașaportul (copia) și buletinul de identitate (copia).

După necesitate, pentru a soluționa cererea de despăgubire. Asiguratul are dreptul de a cere expertiza medicală a Asiguratului (persoanei asigurate).

Asiguratul are obligația să valideze conformitatea documentelor justificative solicitate, să finalizeze toate investigațiile privind producerea evenimentului avizat și să transmită decizia sa persoanelor îndreptățite în termen de 30 zile calendaristice de la data la care primește toate documentele necesare evaluării dosarului de daună. După decizia luată, Asiguratul va achita despăgubirea în termen de până la 15 zile calendaristice. Asiguratul își rezervă dreptul de a verifica toate documentele care i-au fost prezentate, inclusiv prin implicarea specialiștilor săi și a experților din exterior pentru verificarea autenticității datelor și informațiilor. Compensarea cheltuielilor medicale pentru tratamentul ambulatoriu se acordă în valută națională conform cursului de referință la Banca Națională a valutei indicate în conturi, în raport cu leul moldovenesc stabilit la data producerii cazului de asigurare. Asiguratul poate cere de la Asigurat ca documentele redactate într-o limbă străină, prezentate pentru compensarea cheltuielilor medicale suportate, să fie însoțite de traducerea respectivă în limba de stat. Cheltuielile pentru traducere vor fi suportate de deținătorul poliței.

În cazul în care Asiguratul a achitat serviciile medicale sau s-a adresat de sine stătător fără coordonarea preventivă cu Asiguratul sau Compania de asistență suma limită de achitare constituie echivalentul a 1 000 EUR. În cazul, în care Asiguratul s-a adresat pentru servicii medicale la o altă instituție medicală, decât cea recomandată de Compania de Asistență, Compania de Asigurări își rezervă dreptul de a achita conform nomenclaturii de preturi din spitalele contractate.

În situațiile neprevăzute de prezentul contract părțile se vor conduce de prevederile Codului civil ale Legii cu privire la Asigurări și ale Condițiilor speciale de asigurare medicală pentru călători în străinătate. Dacă clauzele contractului diferă de prevederile Condițiilor speciale de asigurare medicală pentru călători în străinătate, atunci se vor aplica clauzele contractului.

Deținătorul poliței este de acord ca datele cu caracter personal prelucrate de instituțiile medicale în raport cu starea sănătății să fie transmise reprezentanților Asiguratului, în cadrul procedurii de constatare a cazului asigurat, conform prevederilor Legii nr.133 din 08.07.2011 "Privind protecția datelor cu caracter personal", inclusiv în cazul instrumentării dosarului de daună.

- 3.4 полета Застрахованного лица на летательном аппарате или его управления, за исключением случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- 3.5 военных действий и их последствий, народных волнений, забастовок, митингов и восстаний;
- 3.6 службы в какой-либо вооруженной армии или других военных формированиях;
- 3.7 ядерных взрывов, радиации или радиоактивного облучения;
- 3.8 преднамеренного нанесения, Застрахованным лицом, телесных повреждений;
- 3.9 болезни или несчастные случаи, возникающие на рабочем месте в случае совершения неправомерной деятельности;
- 3.10 отказ Застрахованного лица принять медицинскую репатриацию, указанную врачом, повлечет за собой прекращение обязанности Страховщика покрывать медицинские расходы после даты, когда может быть проведена медицинская репатриация.

#### 4. **Страховщик не покрывает следующие расходы:**

- 4.1 для хронических заболеваний и последствий таких заболеваний, существующих (включая обострение и рецидивированные) или известных во время применения и / или в начале страхования, даже если они не лечились или если они лечились, это было сделано за 6 месяцев до начала страхования (включая их последствия), если медицинская помощь, предоставляемая за границей, не предусматривает непредвиденных мер, направленных на спасения жизни застрахованного лица, или мер, направленных только на уменьшения острой боли. Те же самые ограничения на компенсацию применяются к последствиям несчастных случаев;
- 4.2 лечение психических расстройств и заболеваний, онкологических заболеваний;
- 4.3 лечение негативных последствий, вызванных прямым или косвенным влиянием солнечной радиации; (солнечные аллергии, солнечные ожоги, солнечные удары);
- 4.4 обращения с предоставлением ложной информации и/или поддельных документов;
- 4.5 любое обращение, экспертиза, уход или лечение беременных, роды, выкидыш / терапевтический и их последствия, за исключением случаев прерывания беременности в следствии несчастного случая;
- 4.6 куретажи и мини аборт, а также для родов и осложнения после родов;
- 4.7 химиотерапия и / или радиотерапевтическое лечение; иммуномодулирующее лечение; лечение хронических заболеваний, в зависимости от стадии заболевания, за исключением состояний, представляющих прямую опасность для жизни Застрахованного лица;
- 4.8 лечение венерических заболеваний, СПИД - или какого-либо похожего синдрома, а также заболеваний, наступивших в результате их последствий;
- 4.9 затраты, связанные с пластической хирургией и различными типами протезов, включая стоматологическую и глазную, трансплантацию органов, осмотр и лечение бесплодия, искусственное оплодотворение;
- 4.10 для принадлежностей (закупка или ремонт): очки, линзы, слуховые аппараты, костыли, коляска, опоры для переломов, ортопедическая / ортодонтическая фиксация, кардиостимуляторы, любое устройство, временный или постоянный имплантат;
- 4.11 стоматологическая помощь, за исключением случаев острой боли; в размере равноценном 150 USD;
- 4.12 предоставление услуг, которые не требуются с медицинской или лечебной точки зрения, которые не были предписаны врачом, травяной, гомеопатической или пара фармацевтической продукцией;
- 4.13 для термических, восстановительных процедур, физиотерапевтических и оздоровительных процедур, санаториев и аналогичных учреждений;
- 4.14 инфекционных заболеваний и их последствий, для которых предусмотрены вакцины;
- 4.15 в случаях, когда поездка за границу Застрахованного лица связана с лечением;
- 4.16 дезинфекция, профилактические вакцинации, уколы, прививки, медицинские экспертизы и лабораторные исследования, не связанные с несчастным случаем или внезапным заболеванием;
- 4.17 с целью создания для Застрахованного лица дополнительных комфортных условий: телевизор, телефон, кондиционер и увлажнитель воздуха, услуги парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;
- 4.18 расходы, возникающие после даты истечения страхового срока, а также расходы, связанные с возвращением Застрахованного лица в свою страну с постоянным местом жительства;
- 4.19 обращение по одному и тому же заболеванию, страховому случаю более 2 раз;
- 4.20 для медицинских операций, которые могут быть отложены до тех пор, пока Застрахованный не вернется в страну проживания;
- 4.21 для лекарств или лечения, которые необходимы во время выезда за границу, и которые были известны или предписаны до начала поездки;
- 4.22 в случае возникновения инфекционных заболеваний в странах, где эта эпидемия была объявлена до ее въезда в страну;
- 4.23 в случае несчастных случаев, вызванных / произведенных во время практики опасных видов спорта: рафтинг, парашютный спорт, альпинизм, дайвинг, флайбординг, деятельность на уровне и ниже уровня воды;
- 4.24 в случае несчастных случаев, возникших во время участия Страхователя в соревнованиях / демонстрациях (включая обучение для них), требующих использования бортового / морского / наземного транспортного средства;
- 4.25 в случае несчастных случаев, вызванных / произведенных во время практики Страхователя в некоторых забавных / рискованных видов деятельности таких как: банан на воде, водный скутер, парашют на воде и надутые катушки, верховая езда, водные лыжи за исключением случаев, когда был применен коэффициент увеличения страховой премии;
- 4.26 затраты на телефонные расходы, понесенные Страхователем в целях обращения к Страховщику или Компании по оказанию помощи, оплачиваются Страхователем;
- 4.27 страховщик не принимает на себя обязательства по страхованию и не выплачивает страховые возмещения, если Страхователь / Выгодоприобретатель по страхованию не уведомил Компанию, оказывающую услуги немедленно (не позже 24 часов), если состояние здоровья позволяет общаться любым способом (по телефону, электронной почте и т.д.) только до 1000 евро;

#### 5. **Страховая сумма. Страховая премия.**

- 5.1 Страховая сумма определяется согласно страховому полису;
- 5.2 Страховая премия представляет собой сумму, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику при оформлении страхового полиса в порядке и в течении срока, предусмотренного договором страхования, в обмен на то, что страховщик принял на себя страховой риск;
- 5.3 Размер страховой премии рассчитывается исходя из рисков, Выбранных Застрахованным, страховой суммы, условий страхования, страны проживания, возраста Застрахованного лица, а также других факторов, которые влияют на степень страхового риска в зависимости от размеров страховых тарифов, утвержденные Страховщиком;
- 5.4 Страховая премия определяется согласно страховому полису.

#### 6. **Порядок заключения и сроки действия договоров страхования.**

- 6.1 Документ, подтверждающий факт заключения договора, является страховой полис, выданный Совместным Предприятием Международной Страховой Компанией TRANSELIT A.O., переданный Страхователем после уплаты первого страхового взноса;
- 6.2 Договор страхования недействителен в стране Республике Молдова, где Страхователь имеет постоянное место жительства или гражданском которой он является. Страховая защита на основании договора начинается 00.00 в день, указанный в страховом полисе или в идентификационной карточке, в качестве числа наступления страхового периода, но не менее перехода через границу (виза, приложенная таможенными органами в заграничный паспорт. Страхователь не несет ответственности за страховые случаи, наступившие до начала страхования;
- 6.3 Договор страхования заключается на срок не более одного года;
- 6.4 Страховая защита Страхователя прекращается одновременно с истечением срока его нахождения за пределами страны, но не позднее 24.00 часов дня, указанного в страховом полисе в идентификационной карточке, в качестве числа истечения страхового периода.

#### 7. **Разрешение заявлений.**

Если при возникновении страхового события медицинские услуги оплачиваются Страхователем за свой счет, расходы будут возмещены позднее Страховщиком.

Страхователь должен представить в срок до 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения в Республику Молдова, в обязательном порядке следующие документы:

- 7.1 страховой полис или его ксерокопию;
  - 7.2 оригинальный экземпляр счета, выданного медицинским учреждением (на фирменном бланке или с соответствующей печатью), где указывается фамилия и имя пациента, диагноз, дата запрашивания медицинской помощи, срок лечения, квалификация представленных услуг с их расшифровкой по датам и общей стоимостью на оплату;
  - 7.3 оригинальный экземпляр рецептов, выписанных врачом в связи с данным заболеванием, с печатью аптеки и стоимость каждого препарата;
  - 7.4 оригинальный экземпляр счета-направления от лечащего врача в связи с данным заболеванием, наименование и стоимость предоставленных услуг;
  - 7.5 паспорт (копия) и удостоверение личности (копия).
- Страховщик обязан подтвердить соответствие запрашиваемых подтверждающих документов, завершить все расследования относительно наступления уведомленного события и направить свое решение уполномоченным лицам в течение 30 календарных дней с даты получения всех документов, необходимых для оценки ущерба. После принятия решения Страховщик выплатит возмещение в течение 15 календарных дней. Возмещение медицинских расходов, понесенных Страхователем, осуществляется в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента представления вышеуказанных документов. Страховщик оставляет за собой право проверять все представленные им документы, в том числе с привлечением собственных специалистов и внешних специалистов для проверки подлинности данных и информации. Возмещение медицинских расходов на амбулаторное лечение осуществляется в национальной валюте согласно официальному курсу Национального банка валют, указанных в счетах, по отношению к молдавскому леу, установленному на день оплаты Страхователем медицинских услуг. Страховщик вправе требовать от Страхователя, чтобы документы, составленные на иностранном языке, представленных на возмещение понесенных медицинских расходов, сопровождалось соответствующим переводом на государственный язык. Расходы на перевод несет владелец полиса, которые можно будет вычсть из страхового возмещения.

Если страхователь оплатил медицинские услуги или обратился самостоятельно в медицинское учреждение без предварительной координации со Страховщиком или Ассистентской Компанией сумма платежа будет составлять эквивалент в максимум 1000 евро. В случае, когда Застрахованный обратился за медицинскими услугами в медицинское учреждение, не по рекомендации Ассистентской компании, Страховая компания оставляет за собой право заплатить в соответствии с преysкурantom контрактных больниц.

В ситуациях, не предусмотренных в этом договоре, стороны будут руководствоваться положениями Гражданского кодекса Закона о страховании и Особых условий медицинского страхования при выезде за границу. Если условия договора отличаются от положений Особых условий медицинского страхования для поездок за границу, то применяются условия договора.

Владелец Полиса согласен с тем, что персональные данные, обрабатываемые медицинскими учреждениями в связи с состоянием здоровья, передаются представителям Страховых компаний, в соответствии с положениями Закона № 133 от 08.07.2011 г. «Об охране данных с личным характером», в случае наступления страхового случая.



Asigurator

Asigurat